

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów opieki Zdrowotnej w Koziencicach | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koziencice 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koziencice 26-900, ul. Al. Wł. Sikorskiego 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 679 72 89; 48 679 72 96 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 3.04.2021 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 od 4.04.2021 r. do 12.04.2021 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-20.00, czw 15.00-20.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-15.00, nd 10.00-15.00 od 13.04.2021 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-20.00, czw 15.00-20.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-15.00, nd 10.00-15.00 zmiana harmonogramu dnia 3.05.2021 10:00-15:00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koziencice 26-900, ul. Al. Wł. Sikorskiego 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 887 181 170 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koziencice 26-900, ul. Al. Wł. Sikorskiego 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 679 72 89; 48 679 72 96 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Koziencicach - IZOLATORIUM typ I | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koziencice 26-900, Al. Wł. Sikorskiego 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 67 97 192; 691 792 127 | | | X | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 24.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.04.2021 r. | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000650070 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Ministra Zdrowia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Ignacego Łukasiewicza 35 | | X | | | | | | szpital tymczasowy |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 33 55 261 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000297945 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 22 33 55 261 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000304616 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | 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 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 14.00-18.00, czw 8.00-12.00, pt 8.00-12.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00 zmiana harmonogramu w dniu 3.05.2021 10:00-12:00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 765 29 21 w godzinach pracy punktu 29 765 11 79 poza godzinami pracy punktu | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Wojewody Mazowieckiego | | | | | | | | szpital tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 15.03.2021 r.: pn 13.00-18.00, wt 13.00-18.00, śr 13.00-18.00, czw 13.00-18.00, pt 13.00-18.00, sb 9.00-11.00, nd - nieczynny od 16.03.2021 r. do 06.04.2021 r.: pn 10.00-18.00, wt 10.00-18.00, śr 10.00-18.00, czw 10.00-18.00, pt 10.00-18.00, sb 9.00-13.00, nd - nieczynny zmiana harmonogramu w dniu 5.04.2021 r. 9.00-13.00 od 07.04.2021 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 9.00-13.00, nd - nieczynny zmiana harmonogramu w dniu 3.05.2021 9:00-13:00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 690 130 968 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Wojskowy Instytut Medyczny Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261 817 519 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015294487 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 817 519 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 04-141, ul. Szaserów 128 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 817 519 | | X | | | | | | II | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Ministra Zdrowia | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 | | | | | | | | | szpital tymczasowy |
| telefon/ telefony | 261 817 519 | | X | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital tymczasowy (Decyzja Ministra Zdrowia) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-909, ul. Żwirki i Wigury 1C | | X | | | | | | | szpital tymczasowy |
| telefon/ telefony | 261 817 519 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.03.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 22 317 92 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A | | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22 317 92 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital 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 | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia w zakresie: ginekologia i położnictwo (od 19.03.2021 r. do 25.03.2021 r.), położnictwo (od 26.03.2021 r. do 30.03.2021 r.) | | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 317 92 31 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.03.2021 r. | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | od 04.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 59 91 500 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288975 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22 59 91 500 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 22 59 91 500 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | od 04.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 50 21 435 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288975 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22 502 12 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 22 502 12 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.10.2020 r. | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | od 09.03.2020 r. | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23 673 02 77 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311622 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 673 02 77 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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 11 | | od 09.03.2020 r. | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chalubińskiego | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Lekarska 4 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 361 52 20 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000315086 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 52 20 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Wojewody Mazowieckiego | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 52 20 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.03.2021 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 508 18 50 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 006472651 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 508 15 10 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne 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 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 508 18 50 | | X | | | | | | IV |
| Data dodania do wykazu | 09.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne 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 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA AL. KSIĘCIA J. PONIATOWSKIEGO 1 (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 508 18 50 | | X | | | | | | szpital tymczasowy |
| Data dodania do wykazu | 26.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | "LUXURY MEDICAL CARE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-195, UL. SŁOMIŃSKIEGO 17/47 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015857134 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-716, UL. BARTYCKA 175 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 3 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 2 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO "MEDITRANS" SP ZOZ W WARSZAWIE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-685, UL. POZNAŃSKA 22 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294674 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, UL. WORONICZA 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 4 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 12 godzinne od 01.02.2021 r. do 23.03.2021 r. - 16 zespołów od 24.03.2021 r. do 22.04.2021 r. - 20 zespołów od 23.04.2021 r. - 16 zespołów | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, UL. WORONICZA 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 22.03.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 12.00-16.00, czw 9.00-13.00, pt 8.00-12.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00 od 23.03.2021 r. do 3.04.2021 r.: pn 7.00-13.00, wt 7.00-13.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-16.00, pt 7.00-13.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-16.00 od 4.04.2021 r. do 08.04.2021 r.: pn 9.00-11.00, wt 7.00-13.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-16.00, pt 7.00-13.00, sb 10.00-16.00, nd 9.00-11.00 od 09.04.2021 r.: pn 7.00-13.00, wt 7.00-13.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-16.00, pt 7.00-13.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-16.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, UL. WORONICZA 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 519-197-696 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 27.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | od 09.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W PŁOCKU | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. NARODOWYCH SIŁ ZBROJNYCH 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | od 1.04.2021 r. zmiana rejonów: Dyżurny transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyżurny PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 610317845 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. STRZELECKA 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 r. zmiana rejonów: Dyżurny transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyżurny PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 | 1 | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. Armii Krajowej 62 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 r. zmiana rejonów: Dyżypozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyżypozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Plock – tel. 48 375 14 22 | 1 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.11.2020 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 46 864 96 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 017222233 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sochaczew 96-500, ul. Batalionów Chłopskich 3/7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 46 864 96 00 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 21.03.2021 r.: pn 7.00-14.00, wt 11.00-18.00, śr 7.00-14.00, czw 7.00-14.00, pt 11.00-18.00, sb 7.00-10.00, nd 7.00-10.00 od 22.03.2021 r.: pn 7.00-19.00, wt 7.00-19.00, śr 7.00-19.00, czw 7.00-19.00, pt 7.00-19.00, sb 7.00-10.00, nd 7.00-10.00 dnia 5.04.2021 7.00-10.00 zmiana harmonogramu w dniu 3.05.2021 7:00-10:00) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sochaczew 96-500, ul. Batalionów Chłopskich 3/7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 46 864 95 52 do 16.03.2021 r. 46 864 98 30 od 17.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.05.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 r. zmiana rejonów: Dyżypozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyżypozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Plock – tel. 48 375 14 22 | 1 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020 r. | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | od 09.03.2020 r. RADOMSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | od 1.04.2021 r. zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670206286 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | | | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1 | 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 r. zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | od 09.03.2020 r. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RM-MEDITRANS" STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W SIEDLCACH | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. B-PA I ŚWIRSKIEGO 38 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Siedlce w dniu 01.04.2021 - tel. 507 703 430, od 2.04.2021 – tel. 25 797 17 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/04 Siedlce – tel. 507 703 430 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000297550 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | | | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. B-PA I ŚWIRSKIEGO 38 | 2 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Siedlce w dniu 01.04.2021 - tel. 507 703 430, od 2.04.2021 – tel. 25 797 17 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/04 Siedlce – tel. 507 703 430 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| od 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDITRANS OSTROŁĘKA" STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W OSTROŁĘCE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. KOŚCIUSZKI 49 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Siedlce w dniu 1.04.2021 - tel. 25 797 17 22, od 2.04.2021 – tel. 25 797 17 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/05 Ostrołęka – tel. 25 797 17 22 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000297610 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. ROLNA 28 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Siedlce w dniu 1.04.2021 - tel. 25 797 17 22, od 2.04.2021 – tel. 25 797 17 02 do 31.03.2021 r.: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/05 Ostrołęka – tel. 25 797 17 22 | 1 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | od 18.03.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. ADAMA GRUCY CENTRUM MEDYCZNEGOKSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. KONARSKIEGO 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 779 40 31 wew 286 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290156 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. KONARSKIEGO 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 1 | | | | | | | |
| 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 | 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 | OTWOCK 05-400, UL. KONARSKIEGO 13 | | | | | | X | | |
| 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 | 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. KONARSKIEGO 13 | | X | | | | | | I | |
| telefon/ telefony | 22 779 40 31 wew 286 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | rodzaj 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: | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015666180 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-128, UL. OMULEWSKA 27 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 1 - do 31.03.2021 r. 3 - od 01.04.2021 r. | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa: | ŚRODOWISKOWO-LEKARSKIE WODNE OCHOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WERNERA 9/11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 672958665 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WERNERA 9/11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | 2 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Data dodania do wykazu | 23.03.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | od 23.03.2020 r. | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 852 601; 261 852 606 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 15.03.2021 r.: pn 8.00-11.00, wt 14.00-17.00, śr 8.00-11.00, czw 14.00-17.00, pt 8.00-11.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00 od 16.03.2021 r. do 24.04.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 14.00-18.00, śr 8.00-12.00, czw 14.00-18.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00 w dniu 25.04.2021 r. nd 8.00-11.00 od 26.04.2021 r. do 27.04.2021 r.: pn 8.00-11.00, wt 14.00-17.00, śr 8.00-11.00, czw 14.00-17.00, pt 8.00-11.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny od 28.04.2021 r.: pn - nieczynny, wt 14.00-17.00, śr 8.00-11.00, czw 14.00-17.00, pt 8.00-11.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny) | | | | | | | S | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Rewita Rynia - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II od 29.10.2020 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białobrzegi 05-127, ul. Wczasowa 59 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508 679 176 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 27.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital 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 | 04.01.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 261 852 601; 261 852 606 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | od 02.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 25 | od 04.04.2020 r. | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 223434194 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | 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 26 | od 04.04.2020 r. | rodzaj 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 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 228151600 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 04-730, Al. Dzieci Polskich 20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 228151600 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 15.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | od 04.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Instytut Hematologii i Transfuzjologii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 223496100 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288484 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 223496100 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 10.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 04.04.2021 r.: pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00, śr 8.00-13.00, czw 14.30-19.30, pt 14.30-19.30, sb 9.00-14.00, nd 9.00-14.00 od 05.04.2021 r.: pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00, śr 8.00-13.00, czw 12.30-19.30, pt 12.30-19.30, 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. | | | | | | | | S |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 223496100 | | X | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia w zakresie chorób układu chłonnego | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indyry Gandhi 14 | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 223496100 | | X | | | | | | | | | | | III |
| Data dodania do wykazu | 17.11.2020 r. | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|--|--|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | od 04.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Centrum Medyczne "ŻELAZNA" Sp. z o.o. w Warszawie | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90 | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 25 59 801 | | | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 012103423 | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | | | | | | | | | X | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | | | | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90 | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 25 59 801 | | X | | | | | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|--|--|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | od 04.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Instytut Matki i Dziecka w Warszawie | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 32 77 422, 22 32 77 441 | | | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288395 | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | | | | | | | | | X | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | | | | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 32 77 422, 22 32 77 441 | | X | | | | | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | od 04.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Onkologiczny Sp. z o.o. w Warszawie | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-411, Al. Solidarności 12 | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 766 15 00 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| identyfikator REGON | 369482970 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Wieliszew 05-135, ul. Kościelna 61 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 22 766 15 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny "INFLANCKA" im. Krysty Niżyńskiej "Zakurzonej" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 69 73 110, 797 301 519 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 013003050 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6 | | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22 69 73 110, 797 301 519 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 22 69 73 110, 797 301 519 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.02.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | od 07.04.2020 | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 55 51 126 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 012298823 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67 | | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22 55 51 126 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 22 55 51 126 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Magodent Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-125, ul. gen. A.E. Fieldorfa "Nila" nr 40 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 46 98 350 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 360493191 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-125, ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa "Nila" nr 40 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 46 98 350 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 35 | | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 36 | | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, 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 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 58 30 311, 22 58 30 310 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | od 07.04.2020 r. | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22 76 07 170 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 28.03.2021 r.: pn 17.00-19.00, wt 11.00-13.00, śr 17.00-19.00, czw 17.00-19.00, pt 17.00-19.00, sb 14.00-16.00, nd 14.00-16.00 od 29.03.2021 r.: pn 12.00-18.00, wt 12.00-18.00, śr 12.00-18.00, czw 12.00-18.00, pt 12.00-18.00, sb 14.00-16.00, nd 14.00-16.00) | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. POW 1a (parking) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 512 465 604 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 27.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 76 07 170 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 76 07 170 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | od 15.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Szpital Grochowski im. Dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| telefon/ telefony: | 22 51 52 716 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 002153989 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 13.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 546 22 14 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288366 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 546 22 14 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 546 22 14 | | X | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, ul. Wawelska 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-709, ul. Sierakowskiego 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 82 24 607 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-709, ul. Sierakowskiego 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 82 24 607 | | X | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 670 93 20 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288567 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 670 93 20 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 22.03.2021 r.: codziennie w godz.: 7.30-9.30 od 23.03.2021 r.: 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 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 670 93 20 | | X | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital 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 | 10.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od | 14.04.2020 r. | | | | | | | | |
| 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 | 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, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 344 64 71 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | II |
| 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 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| nazwa: | Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-042, ul. Mochnackiego 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 311 81 02 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 011692096 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | 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 44 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| od | 14.04.2020 r. | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Sienkiewicza 29 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 612 13 81 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670140015 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 612 49 37 we. 132 | | | | | | 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 | 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 | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 612 13 81 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 05.04.2021 r. | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 612 13 81 | | X | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 06.04.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| 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 | 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 00-328, ul. Kopernika 43 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 830 53 10 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-328, ul. Kopernika 43 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 830 53 10 | | X | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| od | 14.04.2020 r. | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 83 357 32 31 | | | | | | 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAN (do 19.04.2021 r.: pn 16.00-18.00, wt 8.00-10.00, śr 8.00-10.00, czw 16.00-18.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 od 20.04.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 8.00-12.00, śr 8.00-12.00, czw 15.00-19.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 512 128 051 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | S | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 83 357 32 31 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | od 09.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 24 275 85 01 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306762 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 275 85 35 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 275 85 35 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | od 17.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | od 08.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpital w Iłży | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłża 27-100, ul. Bodzentyńska 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 616 31 75, 48 616 30 63, 48 616 31 75 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670902293 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 368 17 50 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 368 17 50 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 26.02.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | od 07.04.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony | 691 315 859 | | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691 315 859 | | X | | | | | | I | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | od 04.04.2020 r. | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 19/25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 318 60 00 | | X | | | | | | II | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | od 07.04.2020 r. | rodzaj 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. Niekłańska 4/24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 617 70 73 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000297359 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekłańska 4/24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 509 84 12 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekłańska 4/24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 509 84 12 | | X | | | | | | I | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | od 04.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 361 30 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670209356 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 31 81 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 31 81 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 06.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia w zakresie chirurgia ogólna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 31 81 | | X | | | | | | III |
| Data dodania do wykazu | 25.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 9.00-13.00, wt 10.00-14.00, śr 8.00-12.00, czw 15.30-19.30, pt 8.00-12.00, sb 13.00-17.00, nd 16.00-20.00) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5 | | X | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 48 361 05 17 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.05.2021 r. | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 781 72 99 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 30.03.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00 od 31.03.2021 r.: pn 14.00-19.00, wt 14.00-19.00, śr 14.00-19.00, czw 14.00-19.00, pt 14.00-19.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) | | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 25 781 72 99 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | od 09.04.2020 r. | rodzaj 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 | 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 | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 25 758 30 01 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 15.03.2021 r.: pn 12.00-14.30, wt 8.00-10.30, śr 8.00-10.30, czw 8.00-10.30, pt 8.00-10.30, sb 8.00-10.30, nd 8.00-10.30 od 16.03.2021 r. do 18.04.2021 r.: pn 10.30-14.30, wt 8.00-12.00, śr 8.00-12.00, czw 8.00-12.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00 od 19.04.2021 r.: pn 8.30-14.00, wt 8.30-14.00, śr 8.30-14.00, czw 8.30-14.00, pt 8.30-14.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) | | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 25 758 30 01 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 755 91 11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311639 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 755 90 75 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 08.03.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 8.00-12.00, czw 8.00-12.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 od 09.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 755 90 63 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 755 90 75 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 758 60 55 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 21.03.2021 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00.-15.00, śr 15.00-20.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00 od 22.03.2021 r. do 3.05.2021 r.: pn 13.00-20.00, wt 9.00-16.00, śr 13.00-20.00, czw 9.00-16.00, pt 9.00-16.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00 zmiana harmonogramu w dniu 5.04.2021 r.: 10.00-12.00 zmiana harmonogramu w dniu 3.05.2021 r.: 10:00-12:00 od 4.05.2021 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00-15.00, śr 15.00-20.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 664 118 792 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | X | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 22 758 60 55 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | od 14.04.2020 r. | rodzaj 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 | 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 | Grójec 05-600, ul. ks. Piotra Skargi 10 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 48 664 91 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grójec 05-600, ul. ks. Piotra Skargi 10 | | X | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 48 664 91 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | od 10.04.2020 r. | rodzaj 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 | 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 00-315, ul. Karowa 2 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| telefon/ telefony | 22 596 61 35 | | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 10.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-315, ul. Karowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 596 61 35 | | X | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|-----|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 569 05 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 012298697 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 569 01 20 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 569 01 20 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 01.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie chirurgii ogólnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 569 01 20 | | X | | | | | | | III |
| Data dodania do wykazu | 22.03.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie ginekologii i położnictwa | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 569 01 20 | | X | | | | | | | III |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25 640 32 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 141944750 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 640 33 30 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 640 33 30 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 22.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Ministra Zdrowia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 640 33 30 | | X | | | | | | | szpital tymczasowy |
| Data dodania do wykazu | 04.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | od 08.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. profesora Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin 09-500, Zalesie 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 24 236 00 00 lub 01 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291724 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-802, ul. Partyzantów 2/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 758 60 05 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000687617 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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 | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|----|
| nazwa: | od 10.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | Otwock 05-400, ul. Batorego 44 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 22 778 26 00 | | | | | | | | | | |
| | 146378640 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Batorego 44 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 778 26 00 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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 | 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 | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 22 778 26 00 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|
| nazwa: | od 04.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Instytut Psychiatrii i Neurologii | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 22 458 28 00 | | | | | | | | | | |
| | 000288509 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-957, 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszaków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1 | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 608 544 905 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszaków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 743 78 48 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | od 14.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. B. Limanowskiego 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 46 855 20 11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 143149671 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 | 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 | 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 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisia 68 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 29 746 37 11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306756 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisia 68 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 746 37 20 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (codziennie 8.00-20.00) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 746 37 59 w godz. 7:00-14:00, 29 746 37 12 w godz. 8:00-20:00, 513 263 068 w godz. 8:00-20:00 | | | | | | | S | |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 746 37 20 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 473 53 00, 22 473 53 30 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 010669853 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 473 53 32 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 473 53 32 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 07.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | od 07.04.2020 r. | rodzaj 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 | 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 | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 684 48 40 | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 29.03.2021 r.: pn-pt w godz. 15.00-17.00, sb w godz. 10.00-12.00, nd w godz. 7.00-9.00 od 30.03.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 15.00-17.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 15.00-17.00, sb 10.00-12.00, nd 7.00-9.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Staszica 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 661 363 607 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 684 48 40 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | od 15.04.2020 r. | rodzaj 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 | 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 | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 775 30 81 wew 211 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 14.03.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 8.00-10.00, śr 8.00-10.00, czw 15.00-17.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 od 15.03.2021 r.: pn 15.00-18.00, wt 8.00-11.00, śr 8.00-11.00, czw 15.00-18.00, pt 8.00-11.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 795 112 999, 22 765 83 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 775 30 81 wew 211 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.10.2020 r. | | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 389 47 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 011035381 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 389 49 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 389 49 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 24.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | od 04.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyrńska 1/3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 763 31 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310315 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyrńska 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 23.03.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 11.00-13.00, śr 11.00-13.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 od 24.03.2021 r.: pn 15.00-18.00, wt 11.00-14.00, śr 11.00-14.00, czw 15.00-18.00, pt 11.00-14.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyrńska 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyrńska 1/3 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------|--|---|--|--|--|--|--|----|
| telefon/ telefony | 22 763 32 15 | | X | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 12.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | rodzaj 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 | 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 | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201 | | | | | | X | | |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201 | | X | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 25 792 20 41 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 8.00-12.00, wt 15.00-19.00, śr 8.00-12.00, czw 15.00-19.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 25 506 54 78 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.09.2020 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul. Tadeusza Kościuszki 28 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 24 364 51 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 611416590 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul. Tadeusza Kościuszki 28 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 24 364 51 83 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul. Tadeusza Kościuszki 28 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| telefon/ telefony | 24 364 51 83 | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.03.2021 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | | | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 9.00-11.00, wt 14.00-16.00, śr 9.00-11.00, czw 9.00-11.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul. Kościuszki 28, (wjazd do Punktu Pobrań od bramy bocznej przy ul. Kościuszki 26) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 24 364 51 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4* | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | | | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 25.03.2021 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | II |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | od 07.04.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25 714 23 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000304591 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | | | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 15.03.2021 r.: pn 7.00-9.00, wt 15.00-17.00, śr 7.00-9.00, czw 15.00-17.00, pt 7.00-9.00, sb 7.00-9.00, nd 7.00-9.00 od 16.03.2021 r. do 03.05.2021 r.: pn 7.00-11.00, wt 15.00-19.00, śr 7.00-11.00, czw 15.00-19.00, pt 7.00-11.00, sb 7.00-11.00, nd 7.00-11.00 od 04.05.2021 r.: pn 7.00-9.00, wt 15.00-17.00, śr 7.00-9.00, czw 15.00-17.00, pt 7.00-19.00, sb 7.00-19.00, nd 7.00-19.00) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 71 42 215 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2020 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | | | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 714 22 06 | | | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 29 753 43 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000302480 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 753 42 24 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 02.05.2021 r.: pn 10.00-13.00, wt 10.00-13.00, śr 10.00-13.00, czw 10.00-13.00, pt 14.00-17.00, sb 14.00-17.00, nd 10.00-13.00 od 03.05.2021 r.: pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 11.00-13.00, czw 11.00-13.00, pt 15.00-17.00, sb 15.00-17.00, nd 11.00-13.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 753 42 74 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 753 42 24 | | | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 753 42 24 | | | | | | | | | III |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie położnictwa (3 łóżka) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 753 42 24 | | | | | | | | | III |
| Data dodania do wykazu | 22.03.2021 r. | | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79 | | od 09.04.2020 r. | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | |
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242, ul. Kondratowicza 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 326 53 15, 22 326 55 39 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 141983460 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242, ul. Kondratowicza 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 326 53 15, 22 326 55 39 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242, ul. Kondratowicza 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 326 53 15, 22 326 55 39 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 13.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | III poziom zabezpieczenia - w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242, ul. Kondratowicza 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.04.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80 | | od 22.04.2020 r. | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | |
| nazwa: | Corten Medic Tomasz Sikora | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-784, ul. Dunikowskiego 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 270 30 30 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015053128 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. Roentgena 46 lok U10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 270 30 63; 22 270 30 61 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 14.00-20.00, śr 14.00-20.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: 8.00-16.00, wt 12.00-20.00, śr 12.00-20.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Kopernika 38 (teren Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji w Mławie) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 246 00 11, 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pr 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Staszica, róg Sportowej (parking) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 246 00 11, 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (całodobowo) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Kobylirskiego 21 A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 246 00 11, 226 020 997 | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-400, ul. Wincentego Witosa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 246 00 11, 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin 09-500, ul. Sportowa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 246 00 11, 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 12.00-20.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mińsk Mazowiecki 05-300, Wyszyńskiego 56 - od 18.04.2021 r. Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Wyszyńskiego 30a - do 17.04.2021 r. | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 246 00 11, 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 14.00-20.00, pt 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 8.00-16.00, czw 12.00-20.00, pt 12.00-20.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Piastowska 39 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 246 00 11, 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 14.00-20.00, pt 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 8.00-16.00, czw 12.00-20.00, pt 12.00-20.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Strażacka 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 246 00 11, 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 20.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 12.00-20.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00 zmiana harmonogramu w dniach: 4.04.2021 8:00-13:00 5.04.2021 8:00-13:00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Radomska 29 (Stadion Miejski) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 534 018 299 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-100, ul. Śniegockiego 3 (naprzeciw MOSIR) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 20.03.2021 r. do 02.04.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 12.00-20.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00 od 03.04.2021 r.: codziennie w godz.: 8.00-20.00) | | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: codziennie w godz. 8:00-20:00 od 20.03.2021 r.: całodobowo) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Beliny Prażmowskiego 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 460 011, 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 14 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 14.00-20.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00 od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. Geodetów 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 226 020 997 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 15 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, cz 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 20.03.2021 r. do 28.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 8.00-16.00, czw 12.00-20.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00 od 29.03.2021 r.: pn 10.00-20.00, wt 8.00-18.00, śr 8.00-18.00, czw 10.00-20.00, pt 8.00-18.00, sb 8.00-18.00, nd 8.00-18.00) | | | | | | | S | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Jana III Sobieskiego 33 (przy zbiegu ulic Jana III Sobieskiego i Jerzego Sivińskiego) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 226 020 997 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 16 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pr 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 20.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 17 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 20.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 12.00-20.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grójec 05-600, ul. Piotra Skargi 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 226 020 997 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 03.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 18 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00 od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 12.00-20.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. 17 stycznia 60 B (przy MOSIR) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 226 020 997 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 19 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: codziennie w godz: 8.00-20.00 od 20.03.2021 r.: codziennie w godz: 8.00-22.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-738, ul. Kijowska 2a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 226 020 997 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 20 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: codziennie w godz. 8:00-20:00 od 20.03.2021 r.: całodobowo) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. Roentgena 46/10 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 226 020 997 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 21 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom, ul. Prażmowska 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 670 04 12 | | | | X | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | od 09.04.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 711 90 25 | | | | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 711 90 00 | | X | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 82 22 535 | | X | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 378 36 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670997773 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| 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 | 12.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 378 35 37 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 378 35 37 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 13.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 | | rodzaj 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 | 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 | 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 84 | | rodzaj 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 | 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 | 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 31.03.2021 r.: pn 10.00-13.00, wt 13.00-16.00, śr 10.00-13.00, czw 10.00-13.00, pt 13.00-16.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00 od 01.04.2021 r.: pn 11.00-15.00, wt 12.00-16.00, śr 11.00-15.00, czw 11.00-15.00, pt 12.00-16.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwoleń 26-700, Aleja Pokoju 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 501 556 313 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | | rodzaj 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 584 12 18 | | | | | | | | |
| 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|---|-----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 584 12 18 | | | | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2021 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital III poziomu zabezpieczenia w zakresie: ginekologia (od 26.03.2021 r. do 30.03.2021 r.), ginekologia i położnictwo (od 31.03.2021 r.) | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 | | | | | | | | | | III |
| telefon/ telefony | 22 584 12 18 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|---|---------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86 | od 21.04.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 250 61 35 | | | | | | X | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 250 61 35 | | | | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 15.00-17.00, wt 10.00-12.00, śr 10.00-12.00, czw 10.00-12.00, pt 15.00-17.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 (brama wjazdowa od ul. Kruczkowskiego) | | | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 662 455 311 do 16.04.2021 r. 660 766 477 od 17.04.2021 r. | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.10.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY W SZPITALU POŁUDNIOWYM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. rtm. Witolda Pileckiego 99 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 13.02.2021 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | szpital tymczasowy |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Krychnowicka 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 048 332 45 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670204531 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Krychnowicka 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 332 23 06 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrowskiej 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23 654 32 35 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000302474 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrowskiej 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 654 32 35 wew. 200 | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrowskiej 1 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 654 32 35 wew. 200 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | | PUNKT POBRAŃ (do 16.03.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 od 17.03.2021 r. do 20.04.2021 r.: pn 13.00-19.00, wt 13.00-19.00, śr 13.00-19.00, czw 13.00-19.00, pt 13.00-19.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 zmiana harmonogramu w dniu 5.04.2021 8:00-10:00 od 21.04.2021 r. do 02.05.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 w dniu 03.05.2021 r.: 8.00-10.00 od 04.05.2021 r.: pn 17.00-19.00, wt 17.00-19.00, śr 17.00-19.00, czw 17.00-19.00, pt 17.00-19.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | 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 | 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 | | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39 | | X | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | 22 735 41 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 18.12.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90 | | od 20.04.2020 r. | rodzaj 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 | 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 | | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | | 48 383 35 05 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 20.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | 48 383 35 05 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 07.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | | od 21.04.2020 | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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) | | | | | | | S | |
| 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 2* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 | | X | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 48 674 38 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 48 674 38 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 16.05.2021 r. | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4* | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 | | X | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 48 674 38 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | od 13.05.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Choćimska 24 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 542 14 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288461 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 14.03.2021 r.: codziennie w godz.: 9.00-13.00 od 15.03.2021 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 9.00-13.00, nd 9.00-13.00 zmiana harmonogramu w dniach 3.04.2021 9:00-11:00, 4.04.2021 11:00-13:00, 5.04.2021 9:00-11:00 1.05.2021 9:00-11:00, 2.05.2021 9:00-11:00, 3.05.2021 9:00-11:00) | | | | | | | 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 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 663 697 977 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz.: 8.00-10.00) | | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 16.00-20.00, wt 16.00-20.00, śr 16.00-20.00, czw 16.00-20.00, pt 16.00-20.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Piłsudskiego 30 Lok. U3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 799 366 566 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.05.2021 r. | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Europejskie Centrum Zdrowia Otwock Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-014, ul. Żytnia 16 lok. C | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 710 33 30 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015880498 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Borowa 14/18 | | X | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 22 710 33 30 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SPZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 570 804 607 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308703 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 10.00-14.00, wt 10.00-14.00, 15.00-19.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, 15.00-19.00, pt 10.00-14.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00 od 20.03.2021 r. do 30.04.2021 r.: pn 10.00-19.00, wt 10.00-19.00, śr 10.00-19.00, czw 10.00-19.00, pt 10.00-19.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00 zmiana harmonogramu w dniu 5.04.2021 9:00-13:00 w dniu 01.05.2021 r.: 10.00-14.00 w dniu 02.05.2021 r.: 10.00-14.00 w dniu 03.05.2021 r.: 8.00-12.00 od 04.05.2021 r.: pn 9.00-14.30, wt 9.00-19.00, śr 9.00-14.30, czw 9.00-19.00, pt 9.00-14.30, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 570 804 607 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.06.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Płońsk 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 570 804 607 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96 | od 15.09.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | ARION Med. Sp. z o.o. Szpital w Gorzewie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-854, ul. Kazimierza Króla | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 24 236 09 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 060690742 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Gorzewo 09-500, ul. Kruk 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 236 09 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | od 01.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Wesola | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 773 74 50 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 011337194 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne 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. 12.00-15.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny zmiana harmonogramu w dniu 5.04.2021 nieczynny) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48 | | | | | | | S | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony | 667 514 281 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | od 05.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-315, ul. Gen. Meriana C. Coopera 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 638 90 55 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 017202242 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 22.03.2021 r.: pn 13.00-16.00, wt 13.00-16.00, śr 13.00-16.00, czw 13.00-16.00, pt 13.00-16.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00 w dniu 23.03.2021 r. 13.00-17.00 od 24.03.2021 r. do 29.03.2021 r.: pn 12.00-16.00, wt 12.00-16.00, śr 12.00-16.00, czw 12.00-16.00, pt 12.00-16.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00 od 30.03.2021 r. do 24.04.2021 r.: pn 12.00-16.00, wt 12.00-16.00, śr 12.00-16.00, czw 12.00-16.00, pt 12.00-16.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00 w dniu 25.04.2021 r. 9.00-11.00 od 26.04.2021 r.: pn 13.00-16.00, wt 13.00-16.00, śr 13.00-16.00, czw 13.00-16.00, pt 13.00-16.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 15.03.2021 r.: pn 13.00-15.00, wt 13.00-15.00, śr 13.00-15.00, czw 13.00-15.00, pt 13.00-15.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny od 16.03.2021 r. do 24.04.2021 r.: pn 13.00-16.00, wt 13.00-16.00, śr 13.00-16.00, czw 13.00-16.00, pt 13.00-16.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny od 25.04.2021 r.: pn 13.00-15.00, wt 13.00-15.00, śr 13.00-15.00, czw 13.00-15.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-471, ul. Cegielniana 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 787 867 448 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | od 05.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-958, ul. Potockiego Stanisława Kostki 31a | | | | | | | S | | |
| telefon/ telefony | 506 941 414 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 13/17 | | | | | | | S | | |
| telefon/ telefony | 506 941 540 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100 | od 06.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Wawer | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-564, ul. Dr Józefa Strusia 4/8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 812 00 43 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 013076183 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 22.03.2021 r.: pn 9.00-14.00, wt 9.00-14.00, śr 9.00-14.00, czw 9.00-14.00, pt 9.00-14.00, sb 15.00-18.00, nd 9.00-13.00 od 23.03.2021 r. do 29.04.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 15.00-18.00, nd 9.00-13.00 od 30.04.2021 r.: pn 9.00-14.00, wt 9.00-14.00, śr 9.00-14.00, czw 9.00-14.00, pt 9.00-14.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny zmiana harmonogramu w dniu 03.05.2021 r. - nieczynny) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-713, ul. Żegańska 1 (parking przy Urzędzie Dzielnicy Wawer m. st. Warszawy) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 506 745 833 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 06.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | od 06.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-637, ul. Szajnochy 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 833 58 88 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000314098 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa: | | PUNKT POBRAŃ (do 15.03.2021 r.: pn 10.00-15.00, wt 13.00-18.00, śr 10.00-15.00, czw 13.00-18.00, pt 10.00-15.00, sb 9.00-12.00, nd 9.00-12.00 od 16.03.2021 r. do 23.03.2021 r.: pn 10.00-16.00, wt 12.00-18.00, śr 10.00-16.00, czw 12.00-18.00, pt 10.00-16.00, sb 9.00-12.00, nd 9.00-12.00 od 24.03.2021 r. do 27.04.2021 r.: pn 10.00-18.00, wt 10.00-18.00, śr 10.00-18.00, czw 10.00-18.00, pt 10.00-18.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-12.00 zmiana harmonogramu w dniu: 05.04.2021 punkt nieczynny od 28.04.2021 r. do 30.04.2021 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 9.00-12.00, nd 9.00-12.00 od 01.05.2021 r.: pn 10.00-14.00, wt 10.00-14.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, pt 10.00-14.00, sb 9.00-12, nd 9.00-12.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Warszawa 01-887, ul. Stefana Żeromskiego 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | 532 725 439 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 05.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | | PUNKT POBRAŃ (do 12.03.2021 r.: pn 16.00-20.00, wt 11.00-15.00, śr 16.00-20.00, czw 11.00-15.00, pt 11.00-15.00, sb 11.00-14.00, nd - nieczynny w dniu 13.03.2021 r.: sb 13.00-16.00, w dniu 14.03.2021 r.: nd - nieczynny od 15.03.2021 r. do 23.03.2021 r.: pn 16.00-20.00, wt 16.00-20.00, śr 16.00-20.00, czw 16.00-20.00, pt 16.00-20.00, sb 13.00-16.00, nd - nieczynny od 24.03.2021 r. do 03.04.2021 r.: pn 16.00-21.00, wt 16.00-21.00, śr 16.00-21.00, czw 16.00-21.00, pt 16.00-21.00, sb 9.00-13.00, nd - nieczynny od 04.04.2021 r. do 27.04.2021 r.: pn 16.00-21.00, wt 16.00-21.00, śr 16.00-21.00, czw 16.00-21.00, pt 16.00-21.00, sb 10.00-14.00, nd - nieczynny od 28.04.2021 r. do 30.04.2021 r.: pn 16.00-20.00, wt 16.00-20.00, śr 16.30-20.00, czw 16.00-20.00, pt 16.00-20.00, sb 10.00-14.00, nd - nieczynny od 01.05.2021 r.: pn 16.00-20.00, wt 16.00-20.00, śr 16.00-20.00, czw 16.00-20.00, pt 16.00-20.00, sb 10.00-13.00, nd - nieczynny) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Warszawa 01-797, ul. Powązkowska 43/45 (róg Ostrowieckiej) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | 538 513 635 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 11.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | | PUNKT POBRAŃ (pn 15.00-20.00, wt 15.00-20.00, śr 15.00-20.00, czw 15.00-20.00, pt 15.00-20.00, sb - nieczynny, nd 11.00-15.00 w dniach 04.04.2021 r., 05.04.2021 r.: 11.00-15.00) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Warszawa 01-983, ul. Kazimierza Wóycickiego 14 (parking przy pętli autobusowej) | | | | | | | S | | |
| telefon/ telefony | | 532 402 712 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 01.04.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 30.04.2021 r. | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102 | | od 08.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Ciołka 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 836 71 81 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001018396 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 15.00-18.00, wt 15.00-18.00, śr 15.00-18.00, czw 15.00-18.00, pt 15.00-18.00, sb 12.00-14.00, nd - nieczynny) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-855, ul. Grzybowska 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 536 475 462 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | od 08.10.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny w dniu 5.04.2021 punkt nieczynny zmiana harmonogramu w dniach: 03.05.2021 punkt nieczynny 03.06.2021 punkt nieczynny) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-390, ul. Kickiego 24 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 810 25 95 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104 | od 12.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa-Białoleka | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-125, ul. Milenijna 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 519 33 03 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 016292906 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 08.03.2021 r.: pn 15:00-17:00, wt 9:00-11:00, śr 9:00-11:00, czw 9:00-11:00, pt 9:00-11:00, sb 9:00-11:00, nd 9:00-11:00 od 09.03.2021 r. do 15.03.2021 r.: pn 15:00-18:00, wt 9:00-11:00, śr 9:00-11:00, czw 9:00-12:00, pt 9:00-12:00, sb 9:00-11:00, nd 9:00-11:00 od 16.03.2021 r. do 04.04.2021 r.: pn 15:00-18:00, wt 8:30-11:30, śr 8:30-11:30, czw 9:00-12:00, pt 9:00-12:00, sb 9:00-11:00, nd 9:00-11:00 od 05.04.2021 r. do 14.04.2021 r.: pn 9:00-11:00, wt 8:30-11:30, śr 8:30-11:30, czw 9:00-12:00, pt 9:00-12:00, sb 9:00-11:00, nd 9:00-11:00 od 15.04.2021 r.: pn 15:00-18:00, wt 8:30-11:30, śr 8:30-11:30, czw 9:00-12:00, pt 9:00-12:00, sb 9:00-11:00, nd 9:00-11:00) | | | | | | | | S | | |
| | adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-125, ul. Milenijna 4 (parking podziemny) | | | | | | | | | |
| | telefon/ telefony | 22 519 33 88 | | | | | | | | | |
| | Data dodania do wykazu | 12.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| | Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | | od 13.10.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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 zmiana harmonogramu dnia 5.04.2021 10:00-12:00) | | | | | | | | | |
| | adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Księdza Piotra Ściegiennego 9 | | | | | | | | S |
| | telefon/ telefony | 23 657 20 65 | | | | | | | | |
| | Data dodania do wykazu | 13.10.2020 r. | | | | | | | | |
| | Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 | | od 13.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP Z O.O. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-756, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 349 60 60 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 008105218 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 13:00-17:00, wt 13:00-17:00, śr 12:00-14:00, czw 12:00-14:00, pt 12:00-14:00, sb 9:00-11:00, nd 9:00-11:00 od 21.03.2021 r.: pn 13:00-17:00, wt 13:00-17:00, śr 12:00-15:00, czw 12:00-15:00, pt 12:00-15:00, sb 9:00-11:00, nd 9:00-11:00 zmiana harmonogramu w dniach: 05.04.2021 9:00-11:00 03.05.2021 9:00-11:00) | | | | | | | | | |
| | adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szydłowiec 26-500, ul. Wschodnia 7 | | | | | | | | S |
| | telefon/ telefony | 510 922 239 | | | | | | | | |
| | Data dodania do wykazu | 13.10.2020 r. | | | | | | | | |
| | Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 15.00-17.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 15.00-17.00, sb 11.00-13.00, nd 11.00-13.00 od 20.03.2021 r. do 25.04.2021 r.: pn 12.00-18.00, wt 12.00-18.00, śr 12.00-18.00, czw 12.00-18.00, pt 12.00-18.00, sb 12.00-16.00, nd 12.00-16.00 zmiana harmonogramu w dniach: 4.04.2021 7:00-11:00, 5.04.2021 7:00-11:00 od 26.04.2021 r.: pn 14.00-17.00, wt 14.00-17.00, śr 14.00-17.00, czw 14.00-17.00, pt 14.00-17.00, sb 12.00-14.00, nd 12.00-14.00 zmiana harmonogramu w dniach: 1.05.2021 13:00-15:00 2.05.2021 13:00-15:00 3.05.2021 13:00-15:00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-679, ul. Modzelewskiego 37 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 11 97 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 16.00-18.00, wt 16.00-18.00, śr 16.00-18.00, czw 16.00-18.00, pt 16.00-18.00, sb 13.00-15.00, nd 13.00-15.00 od 20.03.2021 r. do 13.04.2021 r.: pn 13.00-18.00, wt 13.00-18.00, śr 13.00-18.00, czw 13.00-18.00, pt 13.00-18.00, sb 13.00-16.00, nd 13.00-16.00 zmiana harmonogramu dnia 05.04.2021 13:00-16:00 od 14.04.2021 r. do 24.04.2021 r.: pn 13.00-20.00, wt 13.00-20.00, śr 13.00-20.00, czw 13.00-20.00, pt 13.00-20.00, sb 13.00-16.00, nd 13.00-16.00 od 25.04.2021 r.: pn 13.00-18.00, wt 13.00-18.00, śr 13.00-18.00, czw 13.00-18.00, pt 13.00-18.00, sb 13.00-16.00, nd 13.00-16.00 zmiana harmonogramu w dniach: 1.05.2021 11:00-13:00 2.05.2021 11:00-13:00 3.05.2021 11:00-13:00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-984, ul. Fieldorfa 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 11 97 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 19.03.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 15.00-17.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 15.00-17.00, sb 11.00-13.00, nd 11.00-13.00 od 20.03.2021 r.: pn 14.00-18.00, wt 14.00-18.00, śr 14.00-18.00, czw 14.00-18.00, pt 14.00-18.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00 zmiana harmonogramu w dniach: 4.04.2021 7:00-11:00, 5.04.2021 7:30-11:00 zmiana harmonogramu w dniach: 1.05.2021 16:00-18:00 2.05.2021 16:00-18:00 3.05.2021 16:00-18:00) | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 20.03.2021 r.: pn 13.00-15.00, wt 13.00-15.00, śr 13.00-15.00, czw 13.00-15.00, pt 15.00-17.00, sb 12.00-14.00, nd 10.00-12.00 od 21.03.2021 r. do 27.03.2021 r.: pn 12.30-15.30, wt 12.30-15.30, śr 12.30-15.30, czw 12.30-15.30, pt 14.00-17.00, sb 12.00-14.00, nd 10.00-12.00 od 28.03.2021 r.: pn 12.00-15.00, wt 12.00-15.00, śr 12.00-15.00, czw 12.00-15.00, pt 14.00-17.00, sb 12.00-14.00, nd 10.00-12.00 zmiana harmonogramu dnia 5.04.2021 10:00-12:00 zmiana harmonogramu w dniach 1.05.2021 10:00-12:00 3.05.2021 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 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | od 19.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz. 12.00-14.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-368, ul. Poborzańska 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 724 305 302 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | od 19.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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 109 | od 19.10.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 22.03.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 15.00-17.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 15.00-17.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 od 23.03.2021 r. do 16.04.2021 r.: pn 15.00-18.00, wt 15.00-18.00, śr 15.00-18.00, czw 15.00-18.00, pt 15.00-18.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00 w dniach: 3.04.2021 r. 8:00-10:00, 4.04.2021 r. 8:00-10:00, 5.04.2021 r. 8:00-10:00 od 17.04.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 15.00-17.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 15.00-17.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) | | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 | od 17.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 21.03.2021 r.: pn 8.00-18.00, wt 8.00-15.00, śr 8.00-15.00, czw 8.00-15.00, pt 8.00-15.00, sb 8.00-15.00, nd 8.00-15.00 od 22.03.2021 r.: codziennie w godz 9.00-17.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-496, ul. Morcinka 5/19 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (22) 638 35 38, 882 740 819 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 | od 17.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 06.04.2021 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00 od 07.04.2021 r.: codziennie w godz. 8.00-11.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-901, al. Księcia Józefa Poniatowskiego 1, (Stadion PGE Narodowy- wjazd od ul. Targowej) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 585 858 800 wew. 0 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | BELLESA-MED SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kobyłka 05-230, ul. Napoleona 20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 363024901 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 14.03.2021 r.: pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-17.00, pt 11.00-16.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00 od 15.03.2021 r. do 09.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-13.00 od 10.04.2021 r. do 20.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-16.00 od 21.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-15.00) | | | | | | | 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 14.03.2021 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15, śr 12.00-16.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00 od 15.03.2021 r. do 09.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-13.00 od 10.04.2021 r. do 20.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-16.00 od 21.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-15.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-289, ul. Ostródzka 70B (przy stacji LPG) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 519 627 993 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 14.03.2021 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 12.00-16.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00 od 15.03.2021 r. do 09.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-13.00 od 10.04.2021 r. do 20.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-16.00 od 21.04.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-15.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Józefów 05-420, ul. Piłsudskiego 160 (obok KFC) | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony | 519 627 993 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 25.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janki 05-090, Plac Szwedzki 3 (parking CH HomePark w Jankach, przy sklepie Jula) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 519 627 993 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 15.05.2021 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-15.00, nd 10.00-15.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mościska (Izabelin) 05-080, ul. Estrady 13D (obok stacji paliw ORLEN) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 519 627 993 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.05.2021 r. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 | od 30.10.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE FUNDAMENTI Sp. z o.o. (Ząbki) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbki 05-091, ul. Księdza Ignacego Skorupki 37A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 507 726 919 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 360706066 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 08.03.2021 r.: pn 9.00-17.00, wt 9.00-17.00, śr 9.00-17.00, czw 9.00-17.00, pt 9.00-17.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny od 09.03.2021 r. do 19.03.2021 r.: pn 9.00-17.00, wt 9.00-17.00, śr 9.00-17.00, czw 9.00-17.00, pt 9.00-17.00, sb - nieczynny, nd 9.00-13.00 od 20.03.2021 r.: pn 9.00-17.00, wt 9.00-17.00, śr 9.00-17.00, czw 9.00-17.00, pt 9.00-17.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00 zmiana harmonogramu w dniu 5.04.2021 9:00-13:00 zmiana harmonogramu w dniach : 1.05.2021 nieczynne 2.05.2021 nieczynne 3.05.2021 nieczynne) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbki 05-091, ul. Juliusza Słowackiego 21 (Parking MOSIR Ząbki) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 735 753 107 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114 | od 30.10.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 22.03.2021 r.: codziennie w godz. 11.00-14.00 od 23.03.2021 r.: pn 10.00-16.00, wt 10.00-16.00, śr 10.00-16.00, czw 10.00-16.00, pt 10.00-16.00, sb 10.00-15.00 nd 11.00-14.00 zmiana harmonogramu dnia 5.04.2021 11:00-14:00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-411, Al. Solidarności 12 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 509 030 981 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 | od 09.11.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (całodobowo zmiana harmonogramu w dniu 4.04.2021 00:00-8:00 , 18:00-23:50) | | | | | | | 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 116 | 05.11.2020 | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-616, ul. Seweryna Goszczyńskiego 1 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.03.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117 | 05.11.2020 | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA AL. KSIĘCIA J. PONIATOWSKIEGO 1 (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń dla MSWiA) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 1 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | od 1.04.2021 zmiana rejonów: Dyspozytor transportu sanitarnego - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 595 13 71, 22 595 13 77 do 31.03.2021: Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 1 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118 | od 16.11.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 14.03.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny od 15.03.2021 r.: pn 13.00-20.00, wt 13.00-20.00, śr 13.00-20.00, czw 13.00-20.00, pr 13.00-20.00, sb 10.00-14.00, nd - nieczynny zmiana harmonogramu dnia 5.04.2021 15:00-19:00) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | do dnia 27.03.2021 r.: Warszawa 02-972, ul. Prymasa Augusta Hłonda 1 (teren Świątyni Opatrzności Bożej, wjazd bramą D od ulicy Sejmu Czteroletniego od dnia 28.03.2021 r.: Warszawa 02-972, ul. Sejmu Czteroletniego 1 (teren Świątyni Opatrzności Bożej, wjazd bramą D) | | | | | | | S | | |
| telefon/ telefony | 791 280 019 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 | od 17.11.2020 r. | rodzaj 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | NZ ZOZ WIGOR SP. Z O.O. - IZOLATORIUM typ I | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Jana Kozietulskiego 13a | | | X typ I | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 105 111 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 | od 17.11.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE Arkadiusz Chmieliński (Grupa Zdrowie Głinojeck) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 532 543 864 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 130148271 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz.: 7.00-19.00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głinojeck 06-450, ul. Ciechanowska 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 532 543 864 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE w Kraszewie-Czubakach - IZOLATORIUM typ I | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraszewo-Czubaki 23A | | | X typ I | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 70 wew. 276 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.02.2021 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 | od 23.11.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Centrum 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (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) zmiana harmonogramu w dniach: 3.05.2021 8:00-10:00 3.06.2021 8:00-10:00 1.11.2021 8:00-10:00 11.11.2021 8:00-10:00) | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Kleeberga 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 506 007 403 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.11.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | od 25.11.2020 r. | rodzaj 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 22.03.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00 od 23.03.2021 r. do 2.04.2021 r.: pn 14.00-19.00, wt 14.00-19.00, śr 14.00-19.00, czw 14.00-19.00, pt 14.00-19.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00 od 3.04.2021 r. do 19.04.2021 r.: pn 13.00-19.00, wt 13.00-19.00, śr 13.00-19.00, czw 13.00-19.00, pt 13.00-19.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00 zmiana harmonogramu dnia 5.04.2021 9:00-13:00 od 20.04.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarczyn 05-555, ul. Warszawska 42 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 575 467 570 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 25.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123 | od 20.11.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | A.S.International Biuro Handlu Zagranicznego z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-102, ul. Marszałkowska 115/327 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 516 567 576 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 147191090 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Bezpieczny Dom Opieki "NESTOR" - IZLOTARIUM typ I | | | X typ I | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-728, ul. Bobrowiecka 9 bud. B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511 817 025 537 500 554 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124 | od 04.12.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Centrum Medyczne Riemer S.J. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Sowińskiego 28 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 755 52 22 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 016392074 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 21.03.2021 r.: codziennie w godz.: 8.00-13.00 od 22.03.2021 r.: pn 9.00-17.00, wt 9.00-17.00, śr 9.00-17.00, czw 9.00-17.00, pt 9.00-17.00, sb 9.00-17.00, nd 9.00-14.00 zmiana harmonogramu dnia 5.04.2021 9:00-14:00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Traugutta 48 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 515 789 012 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| Data dodania do wykazu | 04.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125 | od 07.12.2020 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-911, ul. Nowowiejska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261 840 012 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 013280825 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne 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.: 09.00-17.00 zmiana harmonogramu w dniach: 3.04.2021 9:00-11:00, 4.04.2021 9:00-11:00 zmiana harmonogramu w dniach: 1.05.2021 9:00-11:00, 2.05.2021 9:00-11:00, 3.05.2021 9:00-11:00) | | | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-911, ul. Nowowiejska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 662 097 317 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126 | od 12.03.2021 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Medicover Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-807, Al. Jerozolimskie 96 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 500 900 500 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 012396508 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-972, ul. Rzeczypospolitej 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500 900 900 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.03.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127 | od 20.03.2021 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Kaśmin Dom Seniora Sp. o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica 05-332, Drożdżówka 5a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25 799 21 23 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 710444492 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 664 419 352 | | | X typ I | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.03.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128 | od 03.04.2021 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Laboratorium Genomika Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-363, ul. Nowy Świat 33 nr lok 54/56 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 386601571 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz.: 14.00-18.00) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Szwajcarska (Parking P&R przy stacji Legionowo Piaski) | | | | | | | S | | |
| telefon/ telefony | 518 478 355 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 03.04.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.06.2021 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz.: 12.00-18.00) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-081, ul. Mehoffera- róg Nowodworskiej nr działki 36, (naprzeciwko Kościoła św. Jakuba Apostoła) | | | | | | | S | | |
| telefon/ telefony | 518 412 924 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.05.2021 r. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129 | od 07.04.2021 r. | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | GynCentrum Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice 40-851, ul. Żelazna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 383762894 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz.: 16.00-20.00) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-722, Aleja Komisji Edukacji Narodowej 14, (Kabaty- parking przy CH Tesco) | | | | | | | S | | |
| telefon/ telefony | 32 506 50 86 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 03.04.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.05.2021 r. | | | | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

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