



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

---

Lublin, dnia 30 kwietnia 2020 r.

Poz. 2515

### OBWIESZCZENIE WOJEWODY LUBELSKIEGO

z dnia 30 kwietnia 2020 r.

#### **w sprawie aktualizacji wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020, poz. 374 ze zm.), wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubelskiego z dnia 9 marca 2020 r. (poz. 1647), zaktualizowany w dniu 25 marca 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 25 marca 2020 r. poz. 2017), w dniu 30 marca 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 30 marca 2020 r. poz. 2075), w dniu 7 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 7 kwietnia 2020 r. poz. 2232), w dniu 9 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 9 kwietnia 2020 r. poz. 2298) w dniu 15 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 15 kwietnia 2020 r. poz. 2341), w dniu 17 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 17 kwietnia 2020 r. poz. 2382), w dniu 20 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 20 kwietnia 2020 r. poz. 2388), w dniu 22 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 22 kwietnia 2020 r. poz. 2419), w dniu 24 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 24 kwietnia 2020 r. poz. 2437), w dniu 27 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 27 kwietnia 2020 r. poz. 2457), oraz w dniu 28 kwietnia 2020 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z dnia 28 kwietnia 2020 r. poz. 2458), otrzymuje brzmienie ustalone w porozumieniu z Dyrektorem Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, określone w załączniku Nr 1 do niniejszego obwieszczenia.

Wojewoda Lubelski

**Lech Sprawka**

## Załącznik Nr 1 do obwieszczenia

z dnia 30 kwietnia 2020 r.

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020                          |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr1 w Lublinie,             |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-081, ul. Staszica 16                                     |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 532 39 35  |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |  | 431029234   |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  |   |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  |  | Lecznictwo Szpitalne SPSK nr 1 w Lublinie                           |  |                                 | X        | X           |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-081, ul. Staszica 16                                     |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 532 39 35  |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020                          |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie            |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Łuków, 21-400, ul. Doktora A. Rogalińskiego 3                       |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                |  | 25 798 29 80  |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |  | 000306472   |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  |   |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  |  | Zespół Lecznictwa Szpitalnego                                       |  |                                 | X        | X           |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Łuków, 21-400, ul. Doktora A. Rogalińskiego 3                       |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 25 798 29 80  |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020                          |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-089, ul. Mieczysława Biernackiego 9                      |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 740 20 39  |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |  | 430992402   |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  |   |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  |  | Szpital Wieloprofilowy  |  |                                 | X        | X           |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-089, ul. Mieczysława Biernackiego 9                      |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 740 20 39  |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020                          |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  |  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej              |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Biała Podlaska, 21-500, ul. Terebelska 57-65                        |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                |  | 83 414 72 11  |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |  | 000676708   |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  |   |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  |  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej - Szpital    |  |                                 | X        | X           |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Biała Podlaska, 21-500, ul. Terebelska 57-65                        |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 83 414 72 11  |  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020                                 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|---|--|--|----------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie         |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Chełm, 22-100, ul. Ceramiczna 1  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 82 562 32 23   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 110196908  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie-Szpital |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Chełm, 22-100, ul. Szpitalna 53B   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 82 562 32 23   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|   |  |  | X        | X                               |            |                                     | X                                  | X                                   |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020                                 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim      |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Tomaszów Lubelski, 22-600, ul. Aleje Grunwaldzkie 1                        |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 84 664 44 11   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 000304444  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | Szpital  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Tomaszów Lubelski, 22-600, ul. Aleje Grunwaldzkie 1                        |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 84 664 44 11 do 19   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|   |  |  | X        | X                               |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020                                 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach                  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Puławy, 24-100, ul. Józefa Bema 1  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 45 02 274   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 431205731  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | Szpital  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Puławy, 24-100, ul. Józefa Bema 1  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 45 02 274   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|   |  |  | X        | X                               |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020                                 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | ARION Szpitale sp. z o.o. w upadłości                                      |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszwa, 04-854, ul. Kazimierza Króla 39                                   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 84 688 22 05   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 060572534  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | Szpital  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Biłgoraj, 23-400, ul. Pojaska 5  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 84 688 22 05   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|   |  |  | X        | X                               |            |                                     | X                                  |                                     | X            |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020  |  | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|---|--|---|--|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| nazwa:  |  | Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu          |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Zamość, 22-400, Starowiejska 23   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 84 638 40 65  |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 000577389   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie                                       | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | 1   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  |   | Zamość, 22-400, Starowiejska 23                |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  |   | 84 638 40 65                                   |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie                                       | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | 1   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  |   | Biłgoraj, 23-400, ul. "Wira" Bartoszewskiego 3 |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  |   | 84 686 12 85                                   |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020  |  | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-043, ul. Spadochroniarzy 8   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 533 77 90  |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 431018621   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie                                       | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | 2   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  |   | Lublin, 20-043, ul. Spadochroniarzy 8          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  |   | 81 533 77 90                                   |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020  |  | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białej Podlaskiej |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Biała Podlaska, 21-500, Warszawska 20   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 83 343 40 68  |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 000570559   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie                                       | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | 1   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  |   | Biała Podlaska, 21-500, Warszawska 20          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  |   | 83 343 40 68                                   |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020  |  | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | Stacja Ratownictwa Medycznego w Chełmie SPZOZ   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Chełm, 22-100, Rejowiecka 128   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 82 565 52 34  |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 110603621   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie                                       | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | 1   |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  |   | Chełm, 22-100, Rejowiecka 128                  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  |   | 82 565 52 34                                   |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 25-03-2020  |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|--|---|----------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-442, ul. Abramowicka 2  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 81 744 30 61   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 431019046  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                      | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Zespół Szpitalny   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-442, ul. Abramowicka 2  |   |          |                                 | X          | X                                   |                                    | X                                   |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 81 744 30 61   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 30-03-2020  |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubartów, 21-100, ul. Cicha 14   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 81 855 20 41   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 431219957  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                      | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie - lecznictwo otwarte   |   |          | 1                               |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubartów, 21-100, ul. Cicha 14   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 81 855 20 41   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **                      | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie - lecznictwo zamknięte                                       |   |          |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubartów, 21-100, ul. Cicha 14   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 81 855 20 41   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |  | podmiot usunięty z wykazu w dniu 23-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  |  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                |  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               |  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                      | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  |  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 |  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 07-04-2020  |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | Q-DENT S.C. MARTA I PAWEŁ KURASZKO   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 21-040 Świdnik, ul. Szymona Konarskiego 13   |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 510 233 056  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 362912953  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                      | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Q-DENT STOMATOLOGIA  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 21-040 Świdnik, ul. Szymona Konarskiego 13   |   |          |                                 |            | X                                   |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 510 233 056  |   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020  |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

|  |  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
|--|--|-----------------|--------------------|--|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRUŻLICY I CHOROÓB PŁUC           |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Adampol, 22-200, Adampol 37  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 825 913 286  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 110197411  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | <b>transport sanitarny **</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b>                      | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Włodawa, 22-200, ul. Adampol k. Włodawy 37                                       |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 82 591 32 86   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> | <b>podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020</b>                                |                 |                    | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |   |  |                     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Beżycach                   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Beżyce, 24-200, Przemysłowa 44   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 81 516 29 26   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 432710721  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | <b>transport sanitarny **</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b>                      | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy im. dr. Wojciecha Oczki  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Beżyce, 24-200, Lubelska 90  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 81 516 26 50   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> | <b>podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020</b>                                |                 |                    | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |   |  |                     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bychawie                        |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bychawa, 23-100, Marszałka Józefa Piłsudskiego 28                                |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 81 566 94 41   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 431020977  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | <b>transport sanitarny **</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b>                      | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Bychawie   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bychawa, 23-100, Marszałka Józefa Piłsudskiego 28                                |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 81 566 01 22, 81 566 94 41   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> | <b>podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020</b>                                |                 |                    | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |   |  |                     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie                    |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Hrubieszów, 22-500, ul. Józefa Piłsudskiego 11                                   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 846 963 296  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 000308376  |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | <b>transport sanitarny **</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b>                      | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ - SZPITAL                         |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Hrubieszów, 22-500, ul. Józefa Piłsudskiego 11                                   |                 |                    |  |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 846 963 296  |                 |                    |  |  |   |  |                     |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020  |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|---|--|---|----------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| nazwa:  |  | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-093, ul. prof. Antoniego Gębali 6  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 718 51 01  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                               |  | 430040541   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |   |
| nazwa:  |  | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie - Szpital  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              | X |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-093, ul. prof. Antoniego Gębali 6  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 718 51 01  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020  |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-954, dr. Kazimierza Jaczewskiego 8   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 724 44 00  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                               |  | 000288751   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |   |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie - Szpital   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-954, dr. Kazimierza Jaczewskiego 8   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 724 44 00  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020  |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:  |  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-718, Aleja Kraśnicka 100   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 537 42 01  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                               |  | 431018940   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |   |
| nazwa:  |  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin, 20-718, Aleja Kraśnicka 100   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 537 42 29  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020  |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Łęczna, 21-010, Krasystawska 52   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 752 63 00  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                               |  | 431218969   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **  | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |   |
| nazwa:  |  | Samodzielny Publiczny Szpital Powiatowy im. Św Faustyny Kowalskiej w Łęcznej  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Łęczna, 21-010, Krasystawska 52   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 752 63 00  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|--|--|----------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzec Podlaski, 21-560, ul. Warszawska 2-4                        |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 833 714 011  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 000584484  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY SPZOZ W MIĘDZYRZECU PODLASKIM                        |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzec Podlaski, 21-560, ul. Warszawska 2-4                        |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 833 714 011  |  |          |                                 |            |                                     | X                                  | X                                   |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością      |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole Lubelskie, 24-300, Przemysłowa 4a                                |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 81 827 22 78   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 431019069  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Szpital  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poniatowa, 24-320, Fabryczna 18  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 81 820 40 41, 81 820 41 04   |  |          |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                         |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Parczew, 21-200, ul. Kościelna 136                                     |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 83 355 21 02   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 000306489  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | SZPITAL SPZOZ W PARCZEWIE  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Parczew, 21-200, ul. Kościelna 136                                     |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 83 355 21 02   |  |          |                                 |            |                                     | X                                  | X                                   |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNE PUBLICZNE SANATORIUM GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC W PONIATOWEJ  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poniatowa, 24-300, ul. Fabryczna 6                                     |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 81 820 47 30   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 431021965  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | SZPITAL  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poniatowa, 24-300, ul. Fabryczna 6                                     |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 81 820 47 30   |  |          |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |   | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|---|---|--|----------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku               |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnik, 21-04, Bolesława Leśmiana 4                                    |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 81 751 42 15  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               | 431010878   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | Szpital w Świdniku  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnik, 21-04, Aleja Lotników Polskich 18                              |  |          |                                 |            |                                     | X                                  | X                                   |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 81 751 30 54  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |   | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE              |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodawa, 22-200. al. Józefa Piłsudskiego 64                             |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 825 725 801   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               | 110197664   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE-SZPITAL      |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodawa, 22-200. al. Józefa Piłsudskiego 64                             |  |          |                                 |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 825725801   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39       |   | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II      |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość, 22-400, ul. Aleje Jana Pawła II 10                              |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 6773333   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               | 6050134   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W ZAMOŚCIU                           |  |          |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość, 22-400, ul. Aleje Jana Pawła II 10                              |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 846773333   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40       |   | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  | "ZAMOJSKI SZPITAL NIEPUBLICZNY" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość, 22-400, ul. Powiaków 1  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 846775010   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               | 951217536   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | ZAMOJSKI SZPITAL NIEPUBLICZNY LECNICTWO SZPITALNE                       |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość, 22-400, ul. Powiaków 1  |  |          |                                 |            |                                     | X                                  | X                                   |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 846775010   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|---|--|--|----------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| nazwa:  | 1 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie           |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-049, Aleje Raclawickie 23   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 261 18 32 77   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               | 431022232  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | 1 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie - Szpital |  |          |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-049, Aleje Raclawickie 23   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 261 18 32 00   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie      |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-331, Grenadierów 3  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 81 728 46 26   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               | 430972180  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | Szpital  |  |          |                                 |            |                                     |                                    | X                                   | X            |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-331, Grenadierów 3  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 81 728 46 26   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 15-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W SUCHOWOLI   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wohyń, 21-310, ul. Kuraszew 48   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 83 353 03 63   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000291227  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W SUCHOWOLI   |  |          |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wohyń, 21-310, ul. Kuraszew 48   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 83 353 03 63   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 15-04-2020 |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" A. Szendata, T. Zieliński - Lekarze Spółka Partnerska           |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie 23-145, ul. Rynek Jabłonowskich 6  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 84 68 06 009   |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               | 432512607  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                     | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | NZOZ "PROMED"  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie 23-145, ul. Rynek Jabłonowskich 6  |  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 84 68 06 009   |  |          |                                 |            | X                                   |                                    |                                     |              |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 17-04-2020   |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|---|--|--|----------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| nazwa:  |  | Jacek Witold Woliński  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 02-987, ul. syta 104D   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 22 885 12 22   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 142644380  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | Rodzinne Centrum Medyczne Lubimed.pl   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Lublin 20-704, ul. Wojciechowska 5   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 504 93 96   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|   |  |  |          |                                 |            | X                                   |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 20-04-2020   |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | SPÓŁKA CYWILNA LEKARZE JACEK DROŹDZIEL, MARIA WŁOSZCZYŃSKA, MAŁGORZATA GAŁASZKIEWICZ   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Zamość 22-400, ul. Partyzantów 5   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 84 63 92 989   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 060542527  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" LEKARZE JACEK DROŹDZIEL, MARIA WŁOSZCZYŃSKA, MAŁGORZATA GAŁASZKIEWICZ "SPÓŁKA CYWILNA" |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Zamość 22-400, ul. Partyzantów 5   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 84 63 92 989   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|   |  |  |          |                                 | X          |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 22-04-2020   |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | "MEDICA POLAND - CENTRUM REHABILITACJI" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Siedliszcze 22-130, ul. Szpitalna 43   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 82 569 20 15   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 110724460  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | Medica Poland - Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. - świadczenia ambulatoryjne   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Siedliszcze 22-130, ul. Szpitalna 43   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 82 569 20 15   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|   |  |  |          |                                 | X          |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 27-04-2020   |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:  |  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBLINIE  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Dęblin 08-530, ul. Rynek 14  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 81 883 13 32   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 430938207  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  |  | AMBULATORIUM   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Dęblin 08-530, ul. Rynek 14  |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 81 883 13 32   |          |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|   |  |  |          |                                 | X          |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |  | podmiot dodany do wykazu w dniu 27-04-2020   |          | katalog realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |

|   |   |             |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | 6 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |             |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dęblin 08-530, ul. Szpitalna 2  |             |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                |   | 261 518 503 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |   | 431023467   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   |             | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | 6 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZOZ W DĘBLINIE           |             |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dęblin 08-530, ul. Szpitalna 2  |             |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |   | 261 518 503 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |  |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|--|--|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> | <b>podmiot dodany do wykazu w dniu 28-04-2020</b>            | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W LUBLINIE |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lublin 20-078, ul. Żołnierzy Niepodległej 8                  |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 |  | 81 532 53 18                           |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                |  | 431029412                              |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | CENTRUM KRWIODAWSTWA W LUBLINIE                              |  |                        |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lublin 20-078, ul. Żołnierzy Niepodległej 8                  |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  |  | 81 532 53 18                           |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

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

\*\* liczba zespołów w danym miejscu