# DZIENNIK URZĘDOWY
## WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

Lublin, dnia 19 listopada 2020 r.

Poz. 5626

Elektronicznie podpisany przez:
Paweł Chruściel; LUW w Lublinie
Data: 2020-11-19 16:29:42

**OBWIESZCZENIE**
**WOJEWODY LUBELSKIEGO**

z dnia 19 listopada 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 r., poz. 374 z późn. 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. (Dz. Urz. Woj. Lubelskiego poz. 1647, z późn. zm.[1)]), otrzymuje brzmienie ustalone w porozumieniu z Dyrektorem Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, określone w załącznikach do niniejszego obwieszczenia.

Wojewoda Lubelski

**Lech Sprawka**

[1)] Aktualizacje wymienionego obwieszczenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. Woj. Lubelskiego poz. 2017, 2075, 2232, 2298, 2341, 2382, 2388, 2419, 2437, 2457, 2458, 2515, 2548, 2571, 2636, 2688, 2742, 2879, 2922, 2972, 2996, 3047, 3108, 3109, 3212, 3408, 3606, 3874, 4568, 4619, 4634, 4658, 4806, 4948, 4976, 5043, 5066, 5091, 5129, 5140, 5157, 5188, 5217, 5218, 5246, 5277, 5402, 5430, 5463 i 5535.

Załącznik Nr 1 do obwieszczenia

z dnia 19 listopada 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 | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Lecznictwo Szpitalne SPSK nr 1 w Lublinie | | | | | | | | | II,III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-081, ul. Staszica 16 | | x | x | | | x | x | S | |
| telefon/ telefony | 81 532 39 35 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Zespół Lecznictwa Szpitalnego | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łuków, 21-400, ul. Doktora A. Rogalińskiego 3 | | x | x | | | x | x | S,M | |
| telefon/ telefony | 25 798 29 80 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpital Wieloprofilowy | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-089, ul. Mieczysława Biernackiego 9 | | x | | | | x | x | S | |
| telefon/ telefony | 81 740 20 39 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej - Szpital | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała Podlaska, 21-500 , ul. Terebelska 57-65 | | x | x | | | x | x | S | |
| telefon/ telefony | 83 414 72 11 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie-Szpital | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chełm, 22-100, ul. Szpitalna 53B | | x | x | | | x | x | S | |
| telefon/ telefony | 82 562 32 23 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II** |
| nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tomaszów Lubelski, 22-600 , ul. Aleje Grunwaldzkie 1 | | x | x<br>od 18-09-2020 | | | x | x | S,M | |
| telefon/ telefony | 84 664 44 11 do 19 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **IV** |
| nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Puławy, 24-100 , ul. Józefa Bema 1 | 1<br>od 19.10.2020 | x | x | | | x | x | S | |
| telefon/ telefony | 81 45 02 274 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II** |
| nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biłgoraj, 23-400, ul. Pojaska 5 | | x | x | | | x | x | S | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 84 688 22 05 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu | **1** | | | | | | | **M** | |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Biłgoraju | **1** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biłgoraj, 23-400, ul. "Wira" Bartoszewskiego 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 84 686 12 85 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie | **3 (+2)** **(dodatkowo 2 zespoły w okresie 5-6.11.2020)** | | | | | | | **2M** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-043, ul. Spadochroniarzy 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 662 284 760 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białej Podlaskiej | **1** | | | | | | | **M** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała Podlaska, 21-500, Warszawska 20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 83 343 40 68 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Stacja Ratownictwa Medycznego w Chełmie SPZOZ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chełm, 22-100 , Rejowiecka 128 | **2** | | | | | | | **M** | |
| telefon/ telefony | 82 565 52 34 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 25-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Zespół Szpitalny | | | | | | | | | **I, III** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-442, ul. Abramowicka 2 | | **x** | **x** od10.11.2020 | | | **x od 09-04-2020** | **x** | **S** | |
| telefon/ telefony | 81 744 30 61 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 25-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 30-03-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **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 | | | | | | | | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubartów, 21-100, ul. Cicha 14 | | **x** | | | | | **x** | **S,M** | |
| telefon/ telefony | 81 855 20 41 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 30-03-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15** | **podmiot usunięty z wykazu w dniu 23-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony: | |
| identyfikator REGON | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 30-03-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu 23-04-2020 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | podmiot dodany do wykazu w dniu 07-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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* | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | *510 233 056* | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 07-04-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu 15-09-2020 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Adampol, 22-200, Adampol 37 | | |
| telefon/ telefony: | 825 913 286 | | |
| identyfikator REGON | 110197411 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodawa, 22-200, ul. Adampol k. Włodawy 37 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 82 591 32 86 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bełżyce, 24-200, Przemysłowa 44 | | |
| telefon/ telefony: | 81 516 29 26 | | |
| identyfikator REGON | 432710721 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. dr. Wojciecha Oczki | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S, M (M - od 17.11.2020) | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bełżyce, 24-200, Lubelska 90 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 516 26 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I |
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Bychawie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bychawa, 23-100, Marszałka Józefa Piłsudskiego 28 | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | |
| telefon/ telefony | 81 566 01 22, 81 566 94 41 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ - SZPITAL | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hrubieszów, 22-500, ul. Józefa Piłsudskiego 11 | | x | | x | | x od 09-04-2020 | x | S,M | |
| telefon/ telefony | 846 963 296 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janów Lubelski, 23-300, Jana zamoyskiego 149 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 15 843 66 05 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308382 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |
| nazwa: | Szpital Powiatowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janów Lubelski, 23-300, Jana zamoyskiego 149 | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S,M | |
| telefon/ telefony | 15 843 66 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRASNYMSTAWIE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasnystaw, 22-300, ul. Sobieskiego 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 825431522 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 110196699 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie-Szpital | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasnystaw, 22-300, ul. Sobieskiego 4 | | x | x | | | x od 09-04-2020 | x | S | |
| telefon/ telefony | 825 431 522 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraśnik, 23-200, Fryderyka Chopina 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 825 13 66 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 431181344 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II** |
| nazwa: | Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraśnik, 23-200, Fryderyka Chopina 13 | | **x** | | | | **x od 09-04-2020** | **x** | **S** | |
| telefon/ telefony | 81 825 13 40 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-090, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 814541000 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 431219360 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **I** |
| nazwa: | SZPITAL ONKOLOGICZNY COZL | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-090, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 7 | | **x** | | | | **x od 09-04-2020** | **x** | | |
| telefon/ telefony | 814541000 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie - Szpital | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-093, ul. prof. Antoniego Gębali 6 | | **x** | | | | **x od 09-04-2020** | **x** | **S** | |
| telefon/ telefony | 81 718 51 01 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II, III** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie - Szpital | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-954, dr. Kazimierza Jaczewskiego 8 | | **x** | | | | **x od 09-04-2020** | **x** | | |
| telefon/ telefony | 81 724 44 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COVID - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny | | | | | | | | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-718, Aleja Kraśnicka 100 | | **x** | | | | **x od 09-04-2020** | **x** | **S** | |
| telefon/ telefony | 81 537 42 29 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COVID - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **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 | | | | | | | | | **II, III** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łęczna, 21-010, Krasystawska 52 | | **x** | **x** | | | **x od 09-04-2020** | **x** | **S** | |
| telefon/ telefony | 81 752 63 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COVID - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **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 | | | | | | | | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzec Podlaski, 21-560, ul. Warszawska 2-4 | | **x** | | | | **x od 09-04-2020** | **x** | **S** | |
| telefon/ telefony | 833 714 011 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COVID - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Szpital | | | | | | | | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poniatowa, 24-320, Fabryczna 18 | | **x** | | | | **x od 09-04-2020** | **x** | **S,M** | |
| telefon/ telefony | 81 820 40 41, 81 820 41 04 | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |
| nazwa: | SZPITAL SPZOZ W PARCZEWIE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Parczew, 21-200, ul. Kościelna 136 | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | |
| telefon/ telefony | 83 355 21 02 | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNE PUBLICZNE SANATORIUM GRUŹLICY I CHORÓB 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |
| nazwa: | SZPITAL | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poniatowa, 24-300, ul. Fabryczna 6 | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | | |
| telefon/ telefony | 81 820 47 30 | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W RADECZNICY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radecznica, 22-463, ul. Klasztorna 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 84 681 80 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291049 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W RADECZNICY | | x | x od 06.11.2020 | | | x od 09-04-2020 | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radecznica, 22-463, ul. Klasztorna 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 84 681 80 02 | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzyniu Podlaskim | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzyń Podlaski, 21-300, ul. Wisznicka 111 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 834 132 267 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308407 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | -- |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RADZYNIU PODLASKIM - SZPITAL | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzyń Podlaski, 21-300, ul. Wisznicka 111 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 834132267 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Rykach Sp z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ryki, 08-500, Żytnia 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 533327028 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 382358228 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Rykach | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ryki, 08-500, Żytnia 23 | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | |
| telefon/ telefony | 533327028 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczebrzeszyn, 22-460, ul. Dr. Zygmunta Klukowskiego3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 846 823 550 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 950367239 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZEBRZESZYNIE LECZNICTWO SZPITALNE | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczebrzeszyn, 22-460, ul. Dr. Zygmunta Klukowskiego3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 846823520 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdniik, 21-04, Bolesława Leśmiana 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 751 42 15 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 431010878 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Szpital w Świdniku | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdniik, 21-04, Aleja Lotników Polskich 18 | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | |
| telefon/ telefony | 81 751 30 54 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | x | x | | | x od 09-04-2020 | x | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodawa, 22-200. al. Józefa Piłsudskiego 64 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 825725801 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | x | | | x od 09-04-2020 | x | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość, 22-400, ul. Aleje Jana Pawła II 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 846773333 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZAMOJSKI SZPITAL NIEPUBLICZNY LECZNICTWO SZPITALNE | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość, 22-400, ul. Powiaków 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 846775010 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | 1 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Poliklinika Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-049, Aleje Racławickie 23 | | |
| telefon/ telefony: | 261 18 32 77 | | |
| identyfikator REGON | 431022232 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | 1 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Poliklinika Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie - Szpital | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-049, Aleje Racławickie 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 18 32 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | podmiot dodany do wykazu w dniu 09-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Szpital | | | | | | | | | II, III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin, 20-331, Grenadierów 3 | | x | | | | x od 09-04-2020 | x | S | |
| telefon/ telefony | 81 728 46 26 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | podmiot dodany do wykazu w dniu 15-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wohyń, 21-310, ul. Kuraszew 48 | | x | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 83 353 03 63 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 15-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | podmiot dodany do wykazu w dniu 15-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" A. Szendała, 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | x | | | | |
| telefon/ telefony | 84 68 06 009 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 15-04-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | podmiot dodany do wykazu w dniu 17-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | x | | | |
| telefon/ telefony | 81 504 93 96 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 17-04-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | podmiot dodany do wykazu w dniu 20-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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" | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość 22-400, ul. Partyzantów 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 84 63 92 989 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 20-04-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | podmiot dodany do wykazu w dniu 22-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedliszcze 22-130, ul. Szpitalna 43 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 82 569 20 15 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 22-04-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | podmiot dodany do wykazu w dniu 27-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | AMBULATORIUM | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dęblin 08-530, ul. Rynek 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 883 13 32 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 27-04-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | podmiot dodany do wykazu w dniu 27-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| 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 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | 6 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZOZ W DĘBLINIE | | x | | | | x od 27-04-2020 | x | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dęblin 08-530, ul. Szpitalna 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 518 503 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 27-04-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | podmiot dodany do wykazu w dniu 28-04-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| 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 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM KRWIODAWSTWA W LUBLINIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-078, ul. Żołnierzy Niepodległej 8 | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 81 532 53 18 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 28-04-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | podmiot dodany do wykazu w dniu 04-05-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Uniwersytet Medycznymw Lublinie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-059, ul. Al. Racławickie 1 | | |
| telefon/ telefony: | 81 448 50 00 | | |
| identyfikator REGON | 000288716 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Laboratorium SARS Zakładu Wirusologii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-093, ul. Chodźki 1 | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 81 448 71 05, 573 983 049 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 04-05-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | podmiot dodany do wykazu w dniu 04-05-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NU-MED CENTRUM DIAGNOSTYKI I TERAPII ONKOLOGICZNEJ ZAMOŚĆ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość 22-400, ul. Aleje Jana Pawła II 10 | | |
| telefon/ telefony: | 84 535 99 10 | | |
| identyfikator REGON | 361034367 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NU-MED CENTRUM DIAGNOSTYKI I TERAPII ONKOLOGICZNEJ ZAMOŚĆ SP.ZO.O. SZPITAL | | | | | | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość 22-400, ul. Aleje Jana Pawła II 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 84 535 99 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 04-05-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | podmiot dodany do wykazu w dniu 04-05-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Andrzej Skrzypek, ANDRZEJ SKRZYPEK NZOZ OPIEKUN | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-247,ul. Kazimierza Tumidajskiego 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 443 97 05, 604 787 725 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 60061940 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OPIEKUN | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-247,ul. Kazimierza Tumidajskiego 2 | | | | x | | | | |
| telefon/ telefony | 81 443 97 05, 60 6897 286, 604 78 7725 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 04-05-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 08-05-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | VITAGENUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-262, ul. Dobrzańskiego 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 451 17 92 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 061611940 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | VITAGENUM SP.Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-262, ul. Dobrzańskiego 3 | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 81 451 17 92 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 08-05-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 21-05-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | Porębski Artur 1)M.D. Artur Porębski 2) NZOZ PLR Uśmiech Artur Porębski 3) M.D. Artur Porębski | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemce 21-025, ul. Różana 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 473 26 99 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 60003434 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO UŚMIECH | | | | x | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemce 21-025, ul. Różana 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 473 26 99 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 21-05-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 21-05-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | INSTYTUT MEDYCYNY WSI IM. WITOLDA CHODŹKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-090, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 718 44 10 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288521 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II** |
| nazwa: | ZAKŁAD USŁUG SZPITALNYCH IMW | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-090, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 2 | | x | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 81 718 44 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 21-05-2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | podmiot dodany do wykazu w dniu 15-09-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy w Nałęczowie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nałeczów 24-140, ul. M.Górskiego 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 815 014 208 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 431217562 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |
| nazwa: | Szpital Jednospecjalistyczn | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nałeczów 24-140, ul. M.Górskiego 6 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 501 42 08 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 15-09-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | podmiot dodany do wykazu w dniu 18-09-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | MEDYCYNA POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-491, ul. Bernarda Wapowskiego 1/1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 509 750 294 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 363677951 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Centrum Medyczne Orzeszkowej 28 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość 22-400, ul. Elizy Orzeszkowej 28 | | | | x | | | | | |
| telefon/ telefony | 509 750 294 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 18-09-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | podmiot dodany do wykazu w dniu 30-09-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Monika Kwaśniak, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Familia" Monika Kwaśniak | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica Nadolna 22-302, ul. Osiedle Cukrowni 15C | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 82 577 05 06 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 060743993 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „FAMILIA" Monika Kwaśniak | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica Nadolna 22-302, ul. Osiedle Cukrowni 15C | | | | x | | | | | |
| telefon/ telefony | 82 577 05 06 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 30-09-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | podmiot dodany do wykazu w dniu 30-09-2020 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarska "MEDICUS" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chełm 22-100, ul. Szymanowskiego 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 82 563 92 22 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 110256042 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chełm 22-100, ul. Szymanowskiego 9 | | | | x | | | | | |
| telefon/ telefony | 82 563 92 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 30-09-2020 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 19-10-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUXMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-080, ul. Radziwiłłowska 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 536 16 48 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 430896124 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUXMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | **X** od 26.10.2020 | | **S** od 21.10.2020 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-504, Orkana 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 536 15 69 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Koncertowa filia nr 9 | | | | | | | | **S** od 10.11.2020 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-866, ul. Koncertowa 4D | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 532 37 11 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Kraśnik filia nr 5 | | | | | | | | **S** od 10.11.2020 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraśnik 23-200, ul. Lubelska 56A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 884 47 90 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Zamość filia nr 8 | | | | | | | | **S** od 10.11.2020 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zamość 22-400, ul. Pocztowa 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 84 539 80 40 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 19-10-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Chełm filia nr 4 | | | | | | | | **S** od 16.11.2020 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chełm 22-100, ul. pl. Kupiecki 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 473 71 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 16-11-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Punkt pobrań materiałów do badań | | | | | | | | **S** od 18.11.2020 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała Podlaska 21-500, ul. Janowska 76 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 473 71 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 16-11-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 26-10-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | NZOZ ANALCO POGOTOWIE RATUNKOWE E. I A. KWIECIEŃ SPÓŁKA JAWNA | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnik 21-040, ul. Aleja Armii Krajowej 23B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 751 40 50 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 431193844 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ ANALCO POGOTOWIE RATUNKOWE E. I A. KWIECIEŃ SPÓŁKA JAWNA | | | | | | | | M | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnik 21-040, ul. Aleja Armii Krajowej 23B | | | | | | | | od 26.10.2020 | |
| telefon/ telefony | 81 751 40 50, 81 751 79 99 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 26-10-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | podmiot dodany do wykazu w dniu 27-10-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE "SANITAS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-022, ul. Okopowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | 81 52 87 593 | | |
| identyfikator REGON | 432527566 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE SANITAS SP. Z O.O. SPECJALISTYKA | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-022, ul. Okopowa 3 | | | | | | | | od 28.10.2020 | |
| telefon/ telefony | 515 337 703 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 27-10-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | podmiot dodany do wykazu w dniu 28-10-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDITRANS" S.C. JOLANTA CZOPEK SŁAWOMIR CZOPEK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ryki 08-500, ul. Warszawska 90 | | |
| telefon/ telefony: | 81 865 46 52 | | |
| identyfikator REGON | 431125239 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | „MEDITRANS" s.c. Jolanta Czopek, Sławomir Czopek | | | | | | | | M | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ryki 08-500, ul. Warszawska 90 | | | | | | | | od 01.11.2020 | |
| telefon/ telefony | 666 075 911 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 28-10-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | podmiot dodany do wykazu w dniu 30-10-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Związek Nauczycielstwa Polskiego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-389, ul. Juliana Smulikowskiego 6/8 | | |
| telefon/ telefony: | 22 318 92 17 | | |
| identyfikator REGON | 001081029 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe Związku Nauczycielstwa Polskiego ZG | | | x | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nałęczów 24-140, ul. Bartosza Głowackiego 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 501 47 05 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 30-10-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | podmiot dodany do wykazu w dniu 03-11-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Celejowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kazimierz Dolny 24-120, ul. Celejów 68 | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 81 882 04 49 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 430992738 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kazimierz Dolny 24-120, ul. Celejów 68 | | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 881 02 11 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 03-11-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 03-11-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | ZAKŁAD LECZNICZY "UZDROWISKO NAŁĘCZÓW" SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nałęczów 24-140, ul. Aleja Stanisława Małachowskiego 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 501 43 56 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288225 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowiskowe Fortunat z Oddziałem Jesienna Rezydencja | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nałęczów 24-140, ul. Tadeusza Kościuszki 7 | | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 501 43 56 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 03-11-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 06-11-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | SAMODZIELNE PUBLICZNE SANATORIUM REHABILITACYJNE IM. JANUSZA KORCZAKA W KRASNOBRODZIE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasnobród 22-440, ul. Sanatoryjna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 84 660 71 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000301428 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | SANATORIUM UZDROWISKOWE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasnobród 22-440, ul. Sanatoryjna 1 | | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 84 660 71 02 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 06-11-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 09-11-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | KOLUMNA TRANSPORTU SANITARNEGO TRIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-064, ul. Północna 22A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 81 446 59 68 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 432682717 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TRIOMED" KOLUMNA TRANSPORTU SANITARNEGO | **1** od 10.11.2020 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-064, ul. Północna 22A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 81 444 11 11 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 09-11-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70** | **podmiot dodany do wykazu w dniu 12-11-2020** | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19 ***** |
| nazwa: | MD Medica s.c Mariusz Kozieł i Dariusz Łukasik | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubartów 21-100, ul. Powstańców Warszawy 58 |
| telefon/ telefony: | 600 061 351, 668 828 000 |
| identyfikator REGON | 061434120 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Medica MD | 1 od 16.11.2020 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubartów 21-100, ul. Powstańców Warszawy 58 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 504 664 663, 668 828 818 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 12-11-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | podmiot dodany do wykazu w dniu 13-11-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | "ZAKŁAD LECZNICZY LUDWIKÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ludwików 21-077, Ludwików 11A | | |
| telefon/ telefony: | 519 347 835, 784 049 686 | | |
| identyfikator REGON | 362495343 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Ludwikowie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ludwików 21-077, Ludwikó 11A | | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 730 610 892 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu 13-11-2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | podmiot dodany do wykazu w dniu 19-11-2020 | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 *** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | INNGEN SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-143, ul. Magnoliowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 81 859 58 02 | | |
| identyfikator REGON | 386250077 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | LABORATORIUM INNGEN | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin 20-143, ul. Magnoliowa 2 | | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 515 070 252 | | | | | | | | | |

Załącznik Nr 2 do obwieszczenia

z dnia 19 listopada 2020 r.

**Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |

| | |
|---|---|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | **X** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | **X** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | **X** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | **X** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | **X** |

Załącznik Nr 3 do obwieszczenia
z dnia 19 listopada 2020 r.

**Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Załącznik Nr 4 do obwieszczenia
z dnia 19 listopada 2020 r.

**Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |