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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Brzeskie Centrum Medyczne** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 444 65 36 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000313437 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Brzeskie Centrum Medyczne** | | X | | | | X | X - 7.04.2020 r. | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | | | | | od dnia 22.04.2020 r. | | od dnia 07.05.2020 r. | |
| telefon/ telefony | 77 444 65 36 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 480 11 70 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311579 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach** | | X | | | | X | X - 7.04.2020 r. | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 480 11 70 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 15 68 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000317665 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej** | | X | | | | X | X - 7.04.2020 r. | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 439 15 68 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Stobrawskie Centrum Medyczne spółka z o.o. z siedzibą w Kup** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 28 50 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530938517 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Stobrawskie Centrum Medyczne spółka z o.o. z siedzibą w Kup** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | X | | | | X | X - 7.04.2020 r. | X | |
| telefon/ telefony | 77 403 28 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 34 350 97 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306584 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie** | | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | X | | | | X | X - 7.04.2020 r. | **od dnia 03.06.2020 r.** | |
| telefon/ telefony | 34 350 97 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46; | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261-62-51-29 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531563611 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** | | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46; | | X | | | | X | X- 7.04.2020 r. | **od dnia 07.05.2020 r.** | |
| telefon/ telefony | 261-62-51-29 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu** | | | | | | | | | **I** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531163515 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/podejrzenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu** | | **X** | | | | **X**<br>**od dnia 22.04.2020 r.** | **X - 7.04.2020 r.** | **X**<br>**od dnia 05.06.2020 r.** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu** | | | | | | | | | **I i III** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 54 14 200 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294303 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/podejrzenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu** | | **X** | | | | **X** | **X - 10.04.202 r.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 54 14 200 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu** | | | | | | | | | **I** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 452 07 45 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530512391 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/podejrzenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu** | | **X** | | | | **X** | **X - 7.04.2020 r.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 461 33 80 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311585 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | X | | | | X | X - 7.04.2020 r. | X | |
| telefon/ telefony | 77 461 33 80 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 21.09.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna Szpital Świętego Rocha w Ozimku** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 427 34 91 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna Szpital Świętego Rocha w Ozimku** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | X | | | | X | X - 7.04.2020 r. | X | |
| telefon/ telefony | 77 427 34 91 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie/podejrzenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | X | | | | X | X - 7.04.2020 r. | | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 78 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532448467 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/podejrzenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku** | | **X** | | | | **X** | **X- 9.04.2020 r.** | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | | | | | **od dnia 30.04.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 406 78 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Krapkowickie Centrum Zdrowia** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 4467228, 77 4467229 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160213499 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/podejrzenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Krapkowickie Centrum Zdrowia** | | **X** | | | | **X** | **X - 7.04.2020 r.** | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 4467228, 77 4467229 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Namysłowskie Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna NZOZ** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 404 02 48 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160216463 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/podejrzenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Namysłowskie Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna NZOZ** | | **X** | | | | **X** | **X - 7.04.2020 r.** | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 404 02 48 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z o.o.** | | | | | | | | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 443 31 00, | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531418151 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ Katowicka 64 | | **X** | | | | **X** | **X** - 7.04.2020 r. | | |
| telefon/ telefony | 77 443 30 43, 77 443 30 44 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie** | | | | | | | | | **II** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000313443 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bohaterów Warszawy 34 | | **X** | | | | **X** | **X** - 7.04.2020 r. | | |
| telefon/ telefony | 77 408 79 56 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | | | | | | | | | **I i III** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 25 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000314661 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | **X** | **X** | | | **X** | **X** - 7.04.2020 r. | **X** | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 16 14 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531172135 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | **X** | **x - 7.04.2020 r.** | | |
| telefon/ telefony | 77 439 16 14 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 441 36 39 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000292445 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO** | **X** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | **3 karetki** | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 600 498 685, 690 497 875, 77 441 36 00 , 77 551 36 01 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **DAVITA sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-748/ul. Wojciecha Biasa 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 445 59 46 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 145884498 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **DAVITA sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-748/ul. Wojciecha Biasa 31 | | **X** | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 445 59 46 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 06 34 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000640136 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | **X** | **X** - 7.04.2020 r. | | |
| telefon/ telefony | 77 434 06 34 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 35 05 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 362542315 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | **X** | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 434 35 05 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530571749 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej** | | | | | | **X** | **X**- 8.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | | | | | **od dnia 22.04.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 44 000, 77 43 44 005 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 00065453 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o** | | | | | | **X** | **X-** 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11 | | | | | | **od dnia 15.04.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 43 44 000, 77 43 44 005 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Klinika Nova Spółka z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 70 70 100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 161509339 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Klinika Nova Spółka z o.o.** | | | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7 | | | | | | **od dnia 17.04.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 70 70 100 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531420768 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego** | | | | | | | **X -** 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 351618159 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii** | | | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23 | | | | | | **od dnia 25.05.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **NZOZ „Ortopedia" S.C.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160088887 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **NZOZ „Ortopedia" S.C.** | | | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | | **od dnia 03.07.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 43 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291055 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach** | | | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | | | | | **od dnia 22.04.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 43 02 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 12 295 01 51 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno /46-300/ ul. Małe przedmiescie 14 | | | | | | | | **X** | |
| telefon/ telefony | 343584783 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **15.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-551/ ul. Tuwima 1 | | | | | | | | **X** | |
| telefon/ telefony | 775559090 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **15.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. Skłodowskiej-Curie 6 | | | | | | | | **X** | |
| telefon/ telefony | 774133410 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **15.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4*** | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ ul. Sudecka 23 | | | | | | | | **X** | |
| telefon/ telefony | 503923601 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **23.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

**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 |

**Wojewoda Opolski**
**Adrian Czubak**

**Opole, dnia 23 września 2020 r.**

**z upoważnienia Dyrektora OOWNFZ**
**Beata Cyganiuk Zastępca Dyrektora ds. Medycznych**