

Załącznik do Obwieszczenia Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z dnia 3 grudnia 2020 r.

**Załącznik cz. 1**

**Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub lekarzy i lekarzy dentyistów**

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ELBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO 35									
telefon/ telefony:	55 230 42 58									
identyfikator REGON	281098840									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ELBLĄG, 82-300, UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 22									
telefon/ telefony	55 230 42 58									
Data dodania do wykazu			09.03.2020	14.04.2020				14.04.2020	29.04.2020	15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Pulmonologii</b>			26.05.2020	31.05.2020						
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej</b>			07.06.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii</b>			14.06.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Pediatrycznego z Pododdziałem Endokrynologicznym</b>			14.06.2020							

Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Pododdziałem Neonatologicznym</b>			14.06.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Chirurgii Dziecięcej</b>			14.06.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	EIBŁĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO 35									
telefon/ telefony	55 239 44 02									
Data dodania do wykazu			01.10.2020					07.05.2020		01.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>	<b>catalog realizowanych świadczeń</b>									
nazwa:	SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1									
telefon/ telefony:	668 207 209									
identyfikator REGON	511398725									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA	NIE	TAK	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	S	IV

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1									
telefon/ telefony	668 207 209									
Data dodania do wykazu			09.03.2020	07.04.2020			07.04.2020	14.04.2020	17.06.2020	15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu				30.06.2020			07.06.2020			11.10.2020
Data dodania do wykazu				05.10.2020						12.10.2020
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii</b>			31.05.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Chirurgii Ogólnej</b>			31.05.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej</b>			31.05.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Otolaryngologicznego</b>			31.05.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Ginekologiczno-Położniczego</b>			31.05.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Neonatologicznego</b>			31.05.2020							
Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Pediatricznego</b>			31.05.2020							
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	Oddział Chirurgii Ogólnej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1									
telefon/ telefony	668 207 209									
Data dodania do wykazu			01.06.2020							
Data wykreślenia z wykazu			14.09.2020							

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1									
telefon/ telefony	668 207 209									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
			01.06.2020							
			14.09.2020							
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A									
telefon/ telefony:	89 539 34 21									
identyfikator REGON	000295580									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19/DZIECI	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE	NIE	TAK	TAK	NIE	NIE	TAK	TAK	S	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A									





Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI	TAK 2 ZESPOŁY	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	M	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POLNA 15 10-059 OLSZTYN									
telefon/ telefony	89 512 15 56									
Data dodania do wykazu		09.03.2020 (25.09.2020 2 zespoły 2 os.)							12.10.2020	
Data dodania do wykazu		17.06.2020								
Data wykreślenia z wykazu 1 Zespołu		31.05.2020								
Data wykreślenia z wykazu 1 Zespołu		14.06.2020								
Data dodania do wykazu		02.10.2020								
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony:	89 512 15 56									
identyfikator REGON	280302741									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI	TAK 1 ZESPÓŁ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	M	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony	89 512 15 56									
Data dodania do wykazu		09.03.2020							12.10.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH	TAK 1 ZESPÓŁ	leczenie / obserwacja w kierunku COVID- 19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpiecze nia COVID - 19
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11 11-200 BARTOSZYCE									
telefon/ telefony:	89 512 15 56									
identyfikator REGON	000308436									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>										
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S,M	I II	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11 11-200 BARTOSZYCE									
telefon/ telefony	89 512 15 56									
Data dodania do wykazu		09.03.2020	15.09.2020					14.04.2020	28.04.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu		07.11.2020							12.10.2020	05.11.2020
Data wykreślenia z wykazu		14.06.2020								
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID- 19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpiecze nia COVID - 19</b>





	SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻOŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN
telefon/ telefony:	89 539 99 59
identyfikator REGON	519480610

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O.	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻOŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN									
telefon/ telefony	89 539 99 59									
Data dodania do wykazu						01.04.2020				
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10	katalog realizowanych świadczeń									
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - CENTRUM STOMATOLOGII RADOŚLAW NOWAK									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁKOWNIKA STANISŁAWA DĄBKA 94A 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony:	55 237 51 00									
identyfikator REGON	170062354									



Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	S,M	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK									
telefon/ telefony	87 621 99 14									
Data dodania do wykazu			15.09.2020				28.09.2020	14.04.2020	14.09.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu									12.10.2020	22.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	KLINIKA STOMATOLOGICZNA EKODENT									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL.KRYPSKA 30A 04-082 WARSZAWA									
telefon/ telefony:	574 881 736									
identyfikator REGON	141972780									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	DENTOBUS	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓDA, 14-100, UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1									
telefon/ telefony	574 881 736									
Data dodania do wykazu						03.04.2020				
Data wykreślenia z wykazu						14.09.2020				
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								

nazwa:	SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41									
telefon/ telefony:	87 429 66 66									
identyfikator REGON	000308442									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41									
telefon/ telefony	87 429 66 66									
Data dodania do wykazu			14.04.2020					14.04.2020	28.04.2020	
Data wykreślenia z wykazu			24.05.2020					30.06.2020	30.06.2020	
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2									
telefon/ telefony:	87 425 45 00									
identyfikator REGON	790316961									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I,II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2									
telefon/ telefony	87 425 45 00									
Data dodania do wykazu			14.04.2020	27.04.2020				14.04.2020	29.04.2020	15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu			31.05.2020	31.05.2020						
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30									
telefon/ telefony:	89 524 53 54									
identyfikator REGON	280314632									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	S	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30									
telefon/ telefony	89 524 53 54									
Data dodania do wykazu			15.09.2020				14.04.2020	14.04.2020	28.04.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu										21.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>



adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13									
telefon/ telefony:	55 620 84 70									
identyfikator REGON	280242068									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13									
telefon/ telefony	55 620 84 70									
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	28.04.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu										21.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRE MIASTO, 11-040 UL.GRUNWALDZKA 10B									
telefon/ telefony:	89 616 82 28									
identyfikator REGON	510993868									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	I





identyfikator REGON	510996861									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	"PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	TAK 1 zespół	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	S	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24									
telefon/ telefony	87 620 95 71									
Data dodania do wykazu		23.11.2020	15.09.2020				14.04.2020	14.04.2020	28.04.2020	15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu							31.07.2020			
Data dodania do wykazu							04.11.2020			05.11.2020
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7									
telefon/ telefony:	87 615 13 76									
identyfikator REGON	790243995									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7									
telefon/ telefony	87 615 13 76									
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	14.09.2020	15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								

nazwa:	POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IŁAWA, 14-200 UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3									
telefon/ telefony:	89 644 96 00									
identyfikator REGON	510879196									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	S	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IŁAWA, 14-200 UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3									
telefon/ telefony	89 644 96 00									
Data dodania do wykazu			15.09.2020				20.07.2020	14.04.2020	28.04.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu										23.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTRZYN, 11-400 UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2									
telefon/ telefony:	664358094									
identyfikator REGON	510929362									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I II

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTRZYN, 11-400 UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2										
telefon/ telefony	664358094										
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	29.04.2020	15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu									08.05.2020		
Data dodania do wykazu									16.09.2020	12.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu											
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>	
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE w zakresie chirurgii ogólnej i ortopedii	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	III	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTRZYN, 11-400 UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2										
telefon/ telefony	664358094										
Data dodania do wykazu											18.11.2020
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>									
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIDZBARKU WARMIŃSKIM										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100 UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37										
telefon/ telefony:	89 767 22 71										
identyfikator REGON	000308459										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>	

nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIDZBARKU WARMIŃSKIM										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIDZBARK WARMIŃSKI, 11- 100 UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I	
telefon/ telefony	89 767 22 71										
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	28.04.2020	15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu											
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>									
nazwa:	SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MORĄG, 14-300 UL.DĄBROWSKIEGO 16										
telefon/ telefony:	89 757 42 31										
identyfikator REGON	000306555										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID- 19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpiecze nia COVID - 19</b>	
nazwa:	SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MORĄG, 14-300 UL.DĄBROWSKIEGO 16										
telefon/ telefony	89 757 42 31										
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	04.05.2020	15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu											
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>									

nazwa:	SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MRĄGOWO, 11-700, UL.WOLNOŚCI 12
telefon/ telefony:	89 741 94 00
identyfikator REGON	510938349

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MRĄGOWO, 11-700, UL.WOLNOŚCI 12									
telefon/ telefony	89 741 94 00									
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	22.09.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu										21.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27	katalog realizowanych świadczeń									
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 23									
telefon/ telefony:	89 625 05 00									
identyfikator REGON	000306561									

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I II

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 23									
telefon/ telefony	89 625 05 00									
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	28.04.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu										29.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE MIASTO LUBAWSKIE, 13-300 UL.MICKIEWICZA 10									
telefon/ telefony:	56 474 23 57									
identyfikator REGON	519638554									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE MIASTO LUBAWSKIE, 13-300 UL.MICKIEWICZA 10									
telefon/ telefony	56 474 23 57									
Data dodania do wykazu			15.09.2020				17.04.2020	14.04.2020	17.09.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu										18.11.2020
Data wykreślenia z wykazu							07.06.2020			
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								

nazwa:	"OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ"									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1									
telefon/ telefony:	87 520 22 95									
identyfikator REGON	519558690									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	"OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ"	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1									
telefon/ telefony	87 520 22 95									
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	04.05.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu										06.11.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44									
telefon/ telefony:	89 532 62 63									
identyfikator REGON	510650890									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	NIE	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44									



telefon/ telefony	89 532 62 63									
Data dodania do wykazu			15.09.2020				17.04.2020	14.04.2020		15.09.2020
Data dodania do wykazu										09.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE Pododdział położniczy dla pacjentek rodzących między 33 a 37 tyg. ciąży podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44									
telefon/ telefony	89 532 62 63									
Data dodania do wykazu			08.05.2020							
Data wykreślenia z wykazu			14.09.2020							
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE Pododdział patologii noworodków dla wcześniaków urodzonych między 33 a 37 tyg. ciąży pacjentek podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44									
telefon/ telefony	89 532 62 63									
Data dodania do wykazu			08.05.2020							

Data wykreślenia z wykazu			14.09.2020							
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE Pododdział chirurgii klatki piersiowej dla pacjentów podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44									
telefon/ telefony	89 532 62 63									
Data dodania do wykazu			08.05.2020							
Data wykreślenia z wykazu			14.09.2020							
<b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE zakresy: położnictwo i ginekologia II poziom referencyjny, neonatologia II poziom referencyjny (w tym ciąża fizjologiczna i noworodek Covid-19 +)	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44									
telefon/ telefony	89 532 62 63									
Data dodania do wykazu			24.09.2020							24.09.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 37
telefon/ telefony:	89 539 80 00
identyfikator REGON	510022366

<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	TAK	S	I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 37									
telefon/ telefony	89 539 80 00/89 539 85 55									
Data dodania do wykazu			15.09.2020		24.04.2020		08.06.2020	14.04.2020	28.04.2020	15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>





	inwazyjne leczenie OZW (Covid-19+)									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18									
telefon/ telefony	89 538 63 56									
Data dodania do wykazu			24.09.2020							24.09.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE w zakresie okulistyki oraz ECMO (Covid-19+)	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18									
telefon/ telefony	89 538 63 56									
Data dodania do wykazu			23.10.2020							23.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>



adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12									
telefon/ telefony:	89 623 21 00									
identyfikator REGON	519483005									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZYTNIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12									
telefon/ telefony	89 623 21 00									
Data dodania do wykazu			15.09.2020					14.04.2020	07.05.2020	15.09.2020
Data dodania do wykazu										28.10.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	Oddział wewnętrzny z profilem chorób zakaźnych szpitala tymczasowego	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	Szpital Tymczasowy
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12									
telefon/ telefony	89 623 21 36									
Data dodania do wykazu			01.12.2020							01.12.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>





Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AMERYKA, 11-015, AMERYKA 21									
telefon/ telefony:	89 519 48 11									
identyfikator REGON	000296236									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE	NIE	TAK	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AMERYKA, 11-015, AMERYKA 21									
telefon/ telefony	89 519 48 11									
Data dodania do wykazu			15.09.2020	13.11.2020				14.04.2020		15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓROWO IŁAWECKIE, 11-220 UL.ARMII KRAJOWEJ 24									
telefon/ telefony:	89 762 70 64									
identyfikator REGON	000294616									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19

nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓROWO IŁAWECKIE, 11- 220 UL.ARMII KRAJOWEJ 24	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	
telefon/ telefony	89 762 70 64										
Data dodania do wykazu								14.04.2020			
Data wykreślenia z wykazu											
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>									
nazwa:	WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 35										
telefon/ telefony:	89 678 53 53										
identyfikator REGON	000295484										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID- 19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpiecze nia COVID - 19</b>	
nazwa:	WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	III psychiatria	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 35										
telefon/ telefony	89 678 53 53										
Data dodania do wykazu			12.11.2020					14.04.2020		12.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu											
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>									





Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	NIEPUBLICZNY STOMATOLOGICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOCTRINA S.C. KAROLINA BURKHARDT- STANISŁAWSKA, MACIEJ STANISŁAWSKI									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ELBLĄG/82-300/KSIĘDZA PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2C									
telefon/ telefony:	55 232 72 60									
identyfikator REGON	170970488									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	NIEPUBLICZNY STOMATOLOGICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOCTRINA S.C. KAROLINA BURKHARDT- STANISŁAWSKA, MACIEJ STANISŁAWSKI	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ELBLĄG/82-300/KSIĘDZA PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2C									
telefon/ telefony	55 232 72 60									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE GRODZICZNO/13-324/NOWE GRODZICZNO 17 B									

telefon/ telefony:	56 472 91 27									
identyfikator REGON	870373859									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE GRODZICZNO/13-324/NOWE GRODZICZNO 17 B	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
telefon/ telefony	56 472 91 27									
Data dodania do wykazu					22.04.2020					
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYBNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYBNO/13-220/ZAJEZIORNA 58									
telefon/ telefony:	504166321/236966024 wew.36									
identyfikator REGON	130314249									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYBNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYBNO/13-220/ZAJEZIORNA 58	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
telefon/ telefony	504166321/236966024 wew.36									
Data dodania do wykazu					24.04.2020					







<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GIŻYCKO 11-500 ALEJA 1-GO MAJA 14									
telefon/ telefony:	695 227 970									
identyfikator REGON	385294919									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	S	I,II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41									
telefon/ telefony	695 227 970									
Data dodania do wykazu			15.09.2020					01.07.2020	01.07.2020	15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	PERFEKT DENT CENTRUM STOMATOLOGICZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ELBLĄG /82-300/ ROMUALDA TRAUĞUTTA 40									
telefon/ telefony:	609340949									
identyfikator REGON	363518856									

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	PERFEKT DENT CENTRUM STOMATOLOGICZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ELBLĄG /82-300/ ROMUALDA TR AUGUTTA 40									
telefon/ telefony	609340949									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b>	<b>catalog realizowanych świadczeń</b>									
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ- OŚRODEK ZDROWIA "MEDYK" SPÓŁKA JAWNA TERESA KIEWLAK-NETTER, STANISŁAW SKOCZEK, MAGDALENA BARYŁKA	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUSZ/14-240/JÓZEFA WYBICKIEGO 9									
telefon/ telefony:	55 278 78 84									
identyfikator REGON	510944479									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ- OŚRODEK ZDROWIA "MEDYK" SPÓŁKA JAWNA TERESA KIEWLAK-NETTER,	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE

	STANISŁAW SKOCZEK, MAGDALENA BARYŁKA									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUSZ/14-240/JÓZEFA WYBICKIEGO 9									
telefon/ telefony	55 278 78 84									
Data dodania do wykazu					17.09.2020					
Data wykreślenia z wykazu										
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘGORZEWO/11-600/3 MAJA 17									
telefon/ telefony:	87 427 32 52									
identyfikator REGON	519461110									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b>	<b>izolatorium</b>	<b>teleporada</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b>	<b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>	<b>punkt pobrań</b>	<b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b>
nazwa:	MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘGORZEWO/11-600/3 MAJA 17									
telefon/ telefony	87 427 32 52									
Data dodania do wykazu					23.09.2020					





Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	DIAYERUM POLSKA Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/04-769/Ul. Cylichowska 13/15									
telefon/ telefony:	22 516 06 00									
identyfikator REGON	140878910									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	Stacja Dializ w Giżycku	NIE	TAK 4 stanowiska	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	ND
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Giżycko/11-500/Ul. Tadeusza Kościuszki 24a									
telefon/ telefony	874 281 803									
Data dodania do wykazu			05.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE WITAL OLIVIA SMITH									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gołdap/19-500/ul. Wczasowa 7									
telefon/ telefony:	87 615 41 95									
identyfikator REGON	366684182									





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

miejsce stacjonowania Dentobusu

\*\* liczba zespołów w danym miejscu

**M, S** - w odniesieniu do punktu pobrania informacji, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)

## Załącznik cz. 2

### 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	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH	TAK

Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ	TAK
Data dodania do wykazu	09.07.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO	TAK
Data dodania do wykazu	01.10.2020

### Załącznik cz. 3

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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b>
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	TAK
Data dodania do wykazu	12.10.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	TAK
Data dodania do wykazu	12.10.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS	TAK
Data dodania do wykazu	12.10.2020

## Załącznik cz. 4

## 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	TAK
Data dodania do wykazu	05.11.2020
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM	TAK
Data dodania do wykazu	26.11.2020