

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

| 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 KOMEŃSKIEGO 35 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 55 230 42 58 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 281098840 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG, 82-300, UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 22 | NIE | TAK | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| telefon/ telefony | 55 230 42 58 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2020 | 14.04.2020 | | | | 14.04.2020 | 29.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA | NIE | TAK | TAK | NIE | NIE | TAK | TAK | 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 | | | 09.03.2020 | 07.04.2020 | | | 07.04.2020 | 14.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|-----------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 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 DZIECI | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 539 34 21 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2020 | | | | 17.04.2020 | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne DLA DZIECI | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 539 32 08/89 539 32 09 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 03.04.2020 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B 10-602 OLSZTYN | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 511332933 | | | | | | | | |
| 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: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B 10-602 OLSZTYN | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2020 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15 10-059 OLSZTYN | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 510510485 | | | | | | | | |
| 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: | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI | TAK 2 ZESPOŁY | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | 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 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | 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 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11 11-200 BARTOSZYCE | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308436 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| 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 | | | | | | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| 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: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWALSKA 3A 11-500 GIŻYCKO | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 13.03.2020 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 170745930 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2020 | | | | | 24.04.2020 | 14.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|--|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|--|---|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|-------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O. | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | 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 | | | |

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

katalog realizowanych świadczeń

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| identyfikator REGON | 170062354 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - CENTRUM STOMATOLOGII RADOSŁAW NOWAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁKOWNIKA STANISŁAWA DĄBKA 94A 82-300 ELBLĄG | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 55 237 51 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 01.04.2020 | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AL. RACŁAWICKIE 23 20-049 LUBLIN | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 621 99 97 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 431022232 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 621 99 97 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 01.04.2020 | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 621 99 14 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | DENTOBUS | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| 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 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU | NIE | TAK | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| 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 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 524 53 54 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 14.04.2020 | 14.04.2020 | 28.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC, 11-300 UL.ARMII KRAJOWEJ 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 715 62 07 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 511315745 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC, 11-300 UL.ARMII KRAJOWEJ 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 715 62 07 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 14.04.2020 | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 55 620 84 70 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 280242068 | | | | | | | | |

| 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: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 55 620 84 70 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 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 | | | | | | | | |
| 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 ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040 UL.GRUNWALDZKA 10B | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 616 82 28 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200 UL.LEŚNA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23 697 22 11 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310172 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200 UL.LEŚNA 1 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| telefon/ telefony | 23 697 22 11 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 620 95 71 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 510996861 | | | | | | | | |

| 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: | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 620 95 71 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 14.04.2020 | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 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 | | | | | | | | |
| 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: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 615 13 76 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| 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: | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| 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 | | | | | | | | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|-------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność | wstępna kwalifikacja | punkt pobrań |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------|----------------|------------|
| | | | | | | | wirusa SARS-CoV-2 | typu pretriage | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN, 11-400 UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 664358094 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | 29.04.2020 |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 LIDZBARKU WARMIŃSKIM | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100 UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 767 22 71 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORĄG, 14-300 UL.DĄBROWSKIEGO 16 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 757 42 31 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | 04.05.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO, 11-700, UL.WOLNOŚCI 12 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 741 94 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 625 05 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | NIE |
| 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 | | | | | | | 17.04.2020 | 14.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | |
| 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: | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 520 22 95 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | 04.05.2020 | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | 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 | | | | | | | 17.04.2020 | 14.04.2020 | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | TAK | TAK |
| 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 | | | | | 24.04.2020 | | | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357 UL.JAGIELLOŃSKA 78 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 532 29 01 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000295739 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | TAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357 UL.JAGIELLOŃSKA 78 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 532 29 01 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 17.04.2020 | 14.04.2020 | 28.04.2020 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 538 63 56 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000293976 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W PASŁĘKU" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 55 249 15 90 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 280450772 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | | | | | | | | |
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W PASŁĘKU" | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 55 249 15 90 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZYTNIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 623 21 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 519483005 | | | | | | | | |
| 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 SZCZYTNIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| telefon/ telefony | 89 623 21 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600, UL.3 MAJA 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 427 32 52 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 519461110 | | | | | | | | |
| 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 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE ŁĄWECKIM | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO ŁĄWECKIE, 11-220 UL.ARMII KRAJOWEJ 24 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 762 70 64 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294616 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE ŁĄWECKIM | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO ŁĄWECKIE, 11-220 UL.ARMII KRAJOWEJ 24 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 762 70 64 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| 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 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE FROMBORKU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530, UL.SANATORYJNA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 55 621 63 02 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 170399007 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE FROMBORKU | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530, UL.SANATORYJNA 1 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|------------|--|
| telefon/ telefony | 55 621 63 02 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600 UL.GEN. J. BEMA 24 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 427 27 66 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790240956 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600 UL.GEN. J. BEMA 24 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 427 27 66 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 14.04.2020 | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | ALERGO-TERAPIA B. MORDASEWICZ- DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA SPÓŁKA JAWNA | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARTOSZYCE,11-200 ANDRZEJA WAJDY 10/37 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 602595244 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 281471546 | | | | | | | | |
| 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: | ALERGO-TERAPIA B. MORDASEWICZ- DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA SPÓŁKA JAWNA | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARTOSZYCE,11-200 ANDRZEJA WAJDY 10/37 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 602595244 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 21.04.2020 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--------------|--|--|--|------------|--|--|--|
| telefon/ telefony | 56 472 91 27 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 22.04.2020 | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY 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 |
| telefon/ telefony | 504166321/236966024 wew.36 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 24.04.2020 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | ONKOLOGICZNA PRACOWNIA MOLEKULARNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/ul. Jagiellońska 78D | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 505 233 526/605 492 111 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 280312662 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | ONKOLOGICZNA PRACOWNIA MOLEKULARNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/ul. Jagiellońska 78D | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 505 233 526/605 492 111 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 28.04.2020 | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŁAKOWO/14-310/MIKOŁAJA KOPERNIKA 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 731927542 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 383880694 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŁAKOWO/14-310/MIKOŁAJA KOPERNIKA 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 731927542 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 30.04.2020 | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako

miejsce stacjonowania zespołu

miejsce stacjonowania Dentobusu

** liczba zespołów w danym

miejscu