Załącznik do obwieszczenia Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z dnia 7 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 dentystów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 / 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 **Oddziału Pulmonologii** |  |  | 26.05.2020 | 31.05.2020 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej** |  |  | 07.06.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii** |  |  | 14.06.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Pediatrycznego z Pododdziałem Endokrynologicznym** |  |  | 14.06.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Pododdziałem Neonatologicznym** |  |  | 14.06.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Chirurgii Dziecięcej** |  |  | 14.06.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | 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 | ELBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 |
| telefon/ telefony | 55 239 44 02 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 01.10.2020 |  |  | |  | |  | | 07.05.2020 | |  | | 01.10.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 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 **Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii** |  |  | 31.05.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Chirurgii Ogólnej** |  |  | 31.05.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej** |  |  | 31.05.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Otolaryngologicznego** |  |  | 31.05.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Ginekologiczno-Położniczego** |  |  | 31.05.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Neonatologicznego** |  |  | 31.05.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Pediatrycznego** |  |  | 31.05.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | 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 |  |  | 01.06.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 14.09.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 |
| telefon/ telefony | 89 539 34 21 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 09.03.2020 | 01.07.2020 |  | |  | | 17.04.2020 | | 14.04.2020 | | 28.04.2020 | | 15.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  | 30.09.2020 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data dodania do wykazu |  |  |  | 03.11.2020 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2\*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | | **doraźne świadczenia stomatologiczne  DLA DZIECI** | | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | | **punkt pobrań** | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** | |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | NIE | NIE | NIE | NIE | | TAK | | NIE | | 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 | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 zakresy: chirurgia szczękowo-twarzowa, otolaryngologia, okulistyka, chirurgia, ortopedia (dla pacjentów Covid-19 +) | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | III | |
| 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 |  |  | 26.09.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | | 26.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | 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 |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIOWSKI |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 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 / 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 GOŁĘBIOWSKI | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK 1 ZESPÓŁ | 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 |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | 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 |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 ZESPOLONY W ELBLĄGU | TAK 1 ZESPÓŁ | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | NIE | | I | |
| 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 | 15.09.2020 |  |  | |  | | 24.04.2020 | | 14.04.2020 | |  | | 15.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 31.05.2020 |  |  |  | |  | | 31.07.2020 | |  | |  | |  | |
| Data dodania do wykazu |  | 18.06.2020 |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 RADOSŁAW 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 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 - CENTRUM STOMATOLOGII RADOSŁAW NOWAK | NIE | NIE | NIE | NIE | | TAK | | NIE | | 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 | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | NIE | NIE | NIE | NIE | | TAK | | NIE | | 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 | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 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 | |  | |
| **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 / 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: | 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 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY  W OLSZTYNIE w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | III | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30 |
| telefon/ telefony | 89 524 53 54 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 21.10.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | | 21.10.2020 | |
| **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 / 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 POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | S | | I II | |
| 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 |  |  | 15.09.2020 |  |  | |  | | 14.04.2020 | | 14.04.2020 | | 28.04.2020 | | 15.09.2020 | |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | 23.10.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | | 07.06.2020 | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | NIE | | I | |
| 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 |  |  | 15.09.2020 |  |  | |  | |  | | 14.04.2020 | |  | | 15.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | S | | I II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200  UL.LEŚNA 1 |
| telefon/ telefony | 23 697 22 11 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 15.09.2020 |  |  | |  | |  | | 14.04.2020 | | 28.04.2020 | | 15.09.2020 | |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | 02.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | "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 | |
| **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 / 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: | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | 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 |  |  | |  | |  | |  | |  | | 18.11.2020 | |
| **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 / 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 LIDZBARKU WARMIŃSKIM | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | S | | I | |
| 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 |  |  | 15.09.2020 |  |  | |  | |  | | 14.04.2020 | | 28.04.2020 | | 15.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 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 | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | "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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | 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 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | 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 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | | **punkt pobrań** | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** | |
| 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 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | | **punkt pobrań** | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** | |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE zakresy: położnictwo i ginekologia II poziom referencyjny, neonatologia II poziom regerencyjny (w tym ciaża 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | SP ZOZ MSWiA z WMCO  w zakresie hematologii, chirurgii onkologicznej (Covid-19+) | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | III | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 37 |
| telefon/ telefony | 89 539 80 00 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 01.10.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | | 01.10.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | TAK | | TAK | | S | | I II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357  UL.JAGIELLOŃSKA 78 |
| telefon/ telefony | 89 532 29 01 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 15.09.2020 |  |  | |  | | 17.04.2020 | | 14.04.2020 | | 28.04.2020 | | 15.09.2020 | |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | 13.10.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | TAK | | TAK | | S | | I II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 15.09.2020 |  |  | |  | | 07.10.2020 | | 14.04.2020 | | 07.09.2020 | | 15.09.2020 | |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | 28.10.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE zakresy: ginekologia i polożnictwo III poziom referencyjny, neonatologia III poziom referencyjny, neurologia A48 - leczenie trombolityczne udarów, trombektomia mechaniczna, chirurgia naczyniowa - tętniaki aorty, chirurgia urazowo-ortopedyczna-urazy kręgosłupa, kadriochirurgia-leczenie zabiegowe zawału oraz inwazyjne leczenie OZW (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 |  |  | 24.09.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | | 24.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | | **punkt pobrań** | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE w zakresie nefrologii oraz dializoterapii (Covid-19+) | NIE | TAK 3 stanowiska | 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 |  |  | 16.11.2020 |  |  | |  | |  | |  | |  | | 16.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 \*** |  | **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 POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  W PASŁĘKU" | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | S | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A |
| telefon/ telefony | 55 249 15 90 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 15.09.2020 |  |  | |  | | 05.05.2020 | | 14.04.2020 | | 01.10.2020 | | 15.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | | 07.06.2020 | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | Oddział wewnętrzny z profilem chorób zakaźnych szpitala tymczsowego | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | Punkt przyjęć 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | S | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600, UL.3 MAJA 17 |
| telefon/ telefony | 87 427 32 52 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 15.09.2020 |  |  | |  | |  | | 14.04.2020 | | 29.04.2020 | | 15.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | 07.05.2020 | |  | |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | 15.09.2020 | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 | NIE | NIE | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | NIE | | NIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE, 11-220  UL.ARMII KRAJOWEJ 24 |
| telefon/ telefony | 89 762 70 64 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | | 14.04.2020 | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE FROMBORKU | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | NIE | | III psychiatria | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530, UL.SANATORYJNA 1 |
| telefon/ telefony | 55 621 63 02 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 10.11.2020 |  |  | |  | |  | | 14.04.2020 | |  | | 10.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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 PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | NIE | TAK | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | TAK | | NIE | | III psychiatria | |
| 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 |  |  | 16.11.2020 |  |  | |  | |  | | 14.04.2020 | |  | | 16.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | ALERGO-TERAPIA  B. MORDASEWICZ-DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA  SPÓŁKA JAWNA | NIE | NIE | NIE | TAK | | NIE | | 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 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 |  |  |  |  | 22.04.2020 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 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 17B |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| telefon/ telefony: | 56 472 91 27 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| identyfikator REGON | 870373859 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  W GRODZICZNIE | NIE | NIE | NIE | TAK | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE GRODZICZNO/13-324/NOWE GRODZICZNO 17B |
| telefon/ telefony | 56 472 91 27 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 22.04.2020 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45** |  | **katalog 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 / 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: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYBNIE | NIE | NIE | NIE | TAK | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNO/13-220/ZAJEZIORNA 58 |
| telefon/ telefony | 504166321/236966024 wew.36 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 24.04.2020 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46** |  | **katalog 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 / 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: | ONKOLOGICZNA PRACOWNIA MOLEKULARNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | | NIE | | TAK | | NIE | | 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 | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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 / 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: | PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | NIE | NIE | NIE | TAK | | NIE | | 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 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | LABORATORIUM BADAWCZE BIOLAB TOMASZ SZUBSTARSKI |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA/14-100/GRUNWALDZKA 62 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| telefon/ telefony: | 500 666 190 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| identyfikator REGON | 510597581 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | Laboratorium Medyczne BIOLAB | NIE | NIE | NIE | NIE | | NIE | | TAK | | NIE | | NIE | | NIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA/14-100/GRUNWALDZKA 62 |
| telefon/ telefony | 500 666 190 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | | 16.06.2020 | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | 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 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | PERFEKT DENT CENTRUM STOMATOLOGICZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG /82-300/ ROMUALDA TRAUGUTTA 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 TRAUGUTTA 40 |
| telefon/ telefony | 609340949 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 03.08.2020 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-OŚRODEK ZDROWIA "MEDYK" SPÓŁKA JAWNA TERESA KIEWLAK-NETTER, STANISŁAW SKOCZEK, MAGDALENA BARYŁKA |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 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, 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 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 17.09.2020 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO/11-600/3 MAJA 17 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| telefon/ telefony: | 87 427 32 52 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| identyfikator REGON | 519461110 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | 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 | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | LABORATORIA MEDYCZNE OPTIMED KURIATA, WROŃSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KETRZYN/11-400/DASZYŃSKIEGO 31A |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| telefon/ telefony: | 510 309 520 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| identyfikator REGON | 280051641 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | Laboratoria Medyczne OptiMed LC | NIE | NIE | NIE | NIE | | NIE | | TAK | | NIE | | M | | NIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KETRZYN/11-400/DASZYŃSKIEGO 31A |
| telefon/ telefony | 510 309 520 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | | 26.11.2020 | |  | | 26.10.2020 | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW/31-864/ŻYCZKOWSKIEGO 16 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| telefon/ telefony: | 663 680 765 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| identyfikator REGON | 356366975 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. | NIE | NIE | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | M | | NIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-691/GĘBIKA 10B |
| telefon/ telefony | 663 680 765 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | 01.11.2020 | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Laboratoria Medyczne  Bruss Grupa Alab Sp. z o.o. |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/81-519 / Ul. Powstania Styczniowego 9B |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| telefon/ telefony: | 58 699 88 44 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| identyfikator REGON | 191709581 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | Laboratoria Medyczne  Bruss Grupa Alab Sp. z o.o. | NIE | NIE | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | S | | NIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/82-300/ Ul. 3 Maja 12-14 lok. 17 |
| telefon/ telefony | 695 199 695 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | 02.11.2020 | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | DIAVERUM 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 | Gizycko/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 OLIWIA SMITH |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap/19-500/ul. Wczasowa 7 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| telefon/ telefony: | 87 615 41 95 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| identyfikator REGON | 366684182 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **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: | Sanatorium Uzdrowiskowe Wital | NIE | NIE | TAK | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | ND | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap/19-500/ul. Wczasowa 7 |
| telefon/ telefony | 87 615 41 95 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  | 06.11.2020 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa: | KTS Triomed Sp. z o.o. |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin/20-664/Północna 22A |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| identyfikator REGON | 432682717 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | | **punkt pobrań** | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** | |
| nazwa: | KTS Triomed Sp. z o.o. | TAK 1 zespół | NIE | NIE | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | | NIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO/19-400/E.Orzeszkowej 22 |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| Data dodania do wykazu |  | 24.11.2020 |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| \* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu miejsce stacjonowania Dentobusu | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| \*\* liczba zespołów w danym miejscu | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, 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** |
|  | **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 | 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 |