|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej,  w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19** | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 230 42 58 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 281098840 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG, 82-300, UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 22 |
| telefon/ telefony | 55 230 42 58 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100  UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 668 207 209 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 511398725 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA | NIE | TAK | TAK | NIE | NIE | TAK | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100  UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |
| telefon/ telefony | 668 207 209 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 539 34 21 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000295580 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie DZIECI** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A |
| telefon/ telefony | 89 539 34 21 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2\*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne  DLA DZIECI** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B 10-602 OLSZTYN |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 511332933 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO | TAK 1 ZESPÓŁ | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIOWSKI | TAK 2 ZESPOŁY | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15 10-059 OLSZTYN |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 280302741 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11 11-200 BARTOSZYCE |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000308436 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11 11-200 BARTOSZYCE |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK 1 ZESPÓŁ | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 170745930 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O. |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻOŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 539 99 59 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 519480610 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O. | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻOŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN |
| telefon/ telefony | 89 539 99 59 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - CENTRUM STOMATOLOGII RADOSŁAW NOWAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁKOWNIKA STANISŁAWA DĄBKA 94A 82-300 ELBLĄG |
| telefon/ telefony | 55 237 51 00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AL. RACŁAWICKIE 23 20-049 LUBLIN |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 621 99 97 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 431022232 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK |
| telefon/ telefony | 87 621 99 97 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | KLINIKA STOMATOLOGICZNA EKODENT |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL.KRYPSKA 30A 04-082 WARSZAWA |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 574 881 736 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 141972780 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | DENTOBUS | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100,  UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |
| telefon/ telefony | 574 881 736 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41 |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 429 66 66 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000308442 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41 |
| telefon/ telefony | 87 429 66 66 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 425 45 00 |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 790316961 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2 |
| telefon/ telefony | 87 425 45 00 |
| \* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu miejsce stacjonowania Dentobusu | |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\* liczba zespołów w danym miejscu |  |  |  |  |  |  |  |  |