

Zał. 1. 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 | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO 35 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 55 230 42 58 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 281098840 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | TAK | S | I |
| 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 | | | 2020-03-09 | | | 2020-04-14 | 2020-04-29 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu I poziomu | | | | | | | | 2021-06-07 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-07-10 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO 35 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 55 239 44 02 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | 2020-10-01 | | | 2020-05-07 | | 2020-10-01 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | 2021-06-06 | | | | | 2021-06-06 |

| 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 | 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 | NIE | TAK | TAK | S | II I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 668 207 209 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-03-09 | | 2021-02-15 | 2020-04-14 | 2020-06-17 | 2020-10-12 |
| Data wykreślenia z wykazu IV poziomu | | | | | | | | 2021-05-31 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 01.06.2021 01.07.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| 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 | 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 | NIE | TAK | TAK | S | II I |
| 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 | | | 2020-03-09 | | 2020-04-17 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 15.09.2020 1.07.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | TAK | NIE | NIE | NIE | ND |
| 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 | | | | 2020-04-03 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19/DZIECI | 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 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| 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 III poziomu | | | 2020-09-26 | | | | | 2020-09-26 |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | 2021-06-30 | | | | | 2021-06-30 |
| 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 | 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 | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B 10-602 OLSZTYN | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-03-09 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | M | ND |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | M | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15 10-059 OLSZTYN | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-03-09 | | | | | 2020-10-12 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--|---------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA KOMENŃSKIEGO 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 | 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 | M | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA KOMENŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-03-09 | | | | | 2020-10-12 | |
| 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 | 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 | TAK | S M | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11 11-200 BARTOSZYCE | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-11-07 | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-10-12 | 2020-11-05 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-05-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWALSKA 3A 11-500 GIŻYCKO | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-03-13 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | catalog 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 | 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 | NIE | TAK | 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 | | 2020-06-18 | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-05-04 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | catalog 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 | 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 | TAK | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻÓŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 539 99 59 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2020-04-01 | | | | |
| 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 | 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 | TAK | NIE | NIE | NIE | ND |
| 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 | | | | 2020-04-01 | | | | |
| 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 | 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 | TAK | TAK | M | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 621 99 14 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | 2020-09-15 | | 2020-09-28 | 2020-04-14 | 2020-10-12 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-03-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | 2021-05-31 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | TAK | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 621 99 97 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 2020-04-01 | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | 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 | 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 | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 425 45 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | TAK | TAK | S | I |
| 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 | 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 | TAK | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 524 53 54 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2020-10-21 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-05-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30 | | 2020-10-21 | | | | | 2020-10-21 |
| telefon/ telefony | 89 524 53 54 | | 2021-05-18 | | | | | 2021-05-18 |
| Data dodania do wykazu III poziomu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | catalog 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 | 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 | TAK | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC, 11-300 UL.ARMII KRAJOWEJ 8 | | 2020-09-15 | | 2021-04-27 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| telefon/ telefony | 89 715 62 07 | | | | | | | 2021-03-04 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2021-05-07 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | catalog 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 | 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 | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 55 620 84 70 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2020-10-21 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-05-14 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | catalog 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 | 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 | 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 | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | catalog 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 | 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 | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200 UL.LEŚNA 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 697 22 11 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | catalog 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 | 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 | TAK | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 620 95 71 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-11-23 | 2020-09-15 | | 2020-11-04 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2020-11-05 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-05-17 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|--|---|--|---------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNI | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNI | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN, 11-400 UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 664358094 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-09-16 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2020-11-12 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-05-23 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 2021-06-30 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | catalog 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 | 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 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100 UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37 | | | | | | | |
| | | NIE | TAK | NIE | NIE | TAK | S | I |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|---------------------|---|
| telefon/ telefony | 89 767 22 71 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-04-06 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-06-14 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | catalog 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 | 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 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORĄG, 14-300 UL.DĄBROWSKIEGO 16 | NIE | TAK | NIE | NIE | TAK | S | I |
| telefon/ telefony | 89 757 42 31 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-05-04 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | catalog 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 | 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 | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO, 11-700, UL.WOLNOŚCI 12 | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-09-22 | 2020-09-15 |
| telefon/ telefony | 89 741 94 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-10-21 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-05-21 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | 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 | 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 | TAK | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 25 | | 2020-09-15 | | 2021-05-26 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| telefon/ telefony | 89 625 05 00 | | | | | | | 2021-01-25 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2021-03-09 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Oddział wewnętrzny o profilu zakaźnym szpitala tymczasowego | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | Szpital Tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 25 | | 2020-12-15 | | | | | 2020-12-15 |
| telefon/ telefony | 89 625 05 35 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | Szpital Tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 25 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 625 05 18 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-12-15 | | | | | 2020-12-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | 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 | 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 | TAK | S | I |
| 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 | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-09-17 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-03-04 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-04-30 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 2021-05-31 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | 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 | 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 | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 520 22 95 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-05-04 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2020-11-06 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-05-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | catalog 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 | 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 | TAK | TAK | NIE | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | 2020-04-17 | 2020-04-14 | | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2020-10-09 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-05-12 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 ciąża fizjologiczna i noworodek Covid-19 +) | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu III poziomu | | | 2020-09-24 | | | | | 2020-09-24 |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | 2021-06-30 | | | | | 2021-06-30 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | 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 | 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 | 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 | | | 2020-09-15 | | 2020-06-08 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 Olsztynie w zakresie hematologii, chirurgii onkologicznej (Covid-19+) | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| 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 III poziomu | | | 2020-10-01 | | | | | 2020-10-01 |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | 2021-06-30 | | | | | 2021-06-30 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHOROÓB 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 | 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 CHOROÓB PŁUC | NIE | TAK | NIE | TAK | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357 UL.JAGIELLOŃSKA 78 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 532 29 01 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | 2020-04-17 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | catalog 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 | 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 | TAK | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | 2020-10-07 | 2020-04-14 | 2020-09-07 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu | | | | | | | | 2020-10-28 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu. | | | | | | | | 2021-07-18 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 położnictwo 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 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu III poziomu | | | 2020-09-24 | | | | | 2020-09-24 |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | 2021-06-30 | | | | | 2021-06-30 |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu III poziomu | | | 2020-10-23 | | | | | 2020-10-23 |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | 2021-06-30 | | | | | 2021-06-30 |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 (Covid-19+) | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu III poziomu | | | 2020-11-16 | | | | | 2020-11-16 |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | 2021-06-30 | | | | | 2021-06-30 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | 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 | 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 | 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 | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-10-01 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | catalog 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 | 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 | TAK | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 623 21 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | 2021-02-23 | 2020-04-14 | 2020-05-07 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 tymczasowego | NIE | TAK | 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 | | | 2020-12-01 | | | | | 2020-12-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | Szpital Tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 | | 2020-12-01 | | | | | 2020-12-01 |
| telefon/ telefony | 89 623 21 36 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 w zakresie chirurgii ogólnej (Covid- 19+) | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 | | 2020-12-14 | | | | | 2020-12-14 |
| telefon/ telefony | 89 623 21 00 | | 2021-06-30 | | | | | 2021-06-30 |
| Data dodania do wykazu III poziomu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | catalog 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 | 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 | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600, UL.3 MAJA 17 | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | 2020-09-15 | 2020-09-15 |
| telefon/ telefony | 87 427 32 52 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|---------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | catalog 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 | 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 | 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 | | | 2020-09-15 | | | 2020-04-14 | | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | catalog 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 | 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 | TAK | NIE | ND |
| 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 | | | | | | 2020-04-14 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | catalog 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 | 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 | | | | | | | |
| 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 | | | 2020-11-12 | | | 2020-04-14 | | 2020-11-12 |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | 2021-06-09 | | | | | 2021-06-09 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | catalog 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 | 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 | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530, UL.SANATORYJNA 1 | | 2020-11-10 | | | 2020-04-14 | | 2020-11-10 |
| telefon/ telefony | 55 621 63 02 | | 2021-05-31 | | | | | 2021-05-31 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | catalog 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 | 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 | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600 UL.GEN. J. BEMA 24 | | 2020-11-16 | | | 2020-04-14 | | 2020-11-16 |
| telefon/ telefony | 87 427 27 66 | | 2021-06-30 | | | | | 2021-06-30 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu III poziomu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | ONKOLOGICZNA PRACOWNIA MOLEKULARNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/ul. Jagiellońska 78D | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|---------------------|---|
| telefon/ telefony: | 505 233 526/605 492 111 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 280312662 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/ul. Jagiellońska 78D | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | ND |
| telefon/ telefony | 505 233 526/605 492 111 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 2020-04-28 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | catalog 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Laboratorium Medyczne BIOLAB | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA/14-100/GRUNWALDZKA 62 | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | ND |
| telefon/ telefony | 500 666 190 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 2020-06-16 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | catalog 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 | 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 | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 695 227 970 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-09-15 | | | 2020-07-01 | 2020-07-01 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu | | | | | | | | 2021-06-08 |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | 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 | 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 | TAK | NIE | M S | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KETRZYN/11-400/DASZYŃSKIEGO 31A | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 510 309 520 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|---------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-558/Piłsudskiego 44 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 663 680 750 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2021-03-02 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | 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 | 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. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/82-300/ Ul. 3 Maja 12-14 lok. 17 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | S | ND |
| telefon/ telefony | 695 199 695 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-11-02 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowskowe Wital | NIE | 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 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | 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 | 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. | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | M | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO/19-400/E.Orzeszkowej 22 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2021-02-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | Witold Sikora TIGER | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|---------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-029/PROSTA 10/6 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 662150940 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 367422857 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | LABORATORIUM MEDYCZNE GEN LAB | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-029/PROSTA 10/6 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 662150940 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | 2020-11-10 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | LABORATORIUM MEDYCZNE GEN LAB | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | S | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn 10-088, Sikorskiego 2B (parking Auchan, strefa F) | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 300 03 26 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2021-03-22 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | PRYWATNY GABINET GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY WOJCIECH LIPSKI | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 10-837 Olsztyn, ul. Okrągła 24 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 510469908 | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------|------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | NZOZ ARS MED | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Al. Wojska Polskiego 30A | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2021-04-19 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-05-04 | | | | | | |

* 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 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 | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |

| | |
|--|------------|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |

Załącznik 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 | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-12 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-12 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-12 |

Załącznik 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 | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-05 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-26 |

| | |
|--|------------|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-26 |

Załącznik 5. Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|--|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-26 |

Załącznik 6. Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 | | |
| telefon/ telefony: | 89 646 06 40 | | |
| identyfikator REGON | 511398725 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA | W | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 | | |
| telefon/ telefony | 89 646 06 40 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostróda / 14-100 / Władysława Jagiełły 1 | | 5 |
| telefon/ telefony | 609710738 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - hala sportowa - Zespół Szkół Zawodowych im. Sandora Petöfi | | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostróda/14-100/Sportowa 1 | | 3 |
| telefon/ telefony | 609710738 725130999 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-19 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 55 | | |
| identyfikator REGON | 000295580 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A | | |
| telefon/ telefony | 89 539 34 55 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE | | POP 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN / 10-561 / Żołnierska 18a | | |
| telefon/ telefony | 89 539 33 88 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 | | |
| telefon/ telefony: | 55 239 44 02 | | |
| identyfikator REGON | 281098840 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 | | |
| telefon/ telefony | 55 239 44 02 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
|---|--|----------------------------------|--|------------|
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU | P | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 | | | |
| telefon/ telefony | 55 239 44 02 | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU | | POP 2 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Jana Amosa Komeńskiego 35 | | | |
| telefon/ telefony | 504478341 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowo Widowiskowa MOSiR | | PSP 3 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Grunwaldzka 135 | | | |
| telefon/ telefony | 55 330 330 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG | | | |
| telefon/ telefony: | 55 234 41 11 55 234 56 12 | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 170745930 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG | | |
| telefon/ telefony | 55 234 41 11 55 234 56 12 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AMERYKA, 11-015, AMERYKA 21 | | |
| telefon/ telefony | 89 519 48 11 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYNEK / 11-015 / AMERYKA 21 | | |
| telefon/ telefony | 89519 48 23 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE | | PSP 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AMERYKA, 11-015, AMERYKA 21 | | |
| telefon/ telefony | 89 519 48 74 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2021-05-04 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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: | 89 675 23 50 | | |
| identyfikator REGON | 000308436 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11 11-200 BARTOSZYCE | | |
| telefon/ telefony | 89 675 23 50 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / ul. Kardynała Wyszyńskiego 11 | | |
| telefon/ telefony | 734467854 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Stadion Miejski w Górowie Ławeckim | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górowo Ławeckie / 11-220 / ul. Sikorskiego 11 | | |
| telefon/ telefony | 530773080 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU | W | |
| 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 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | | |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13 | | |
| telefon/ telefony | 55 620 84 70 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13 | | |
| telefon/ telefony | 55 620 84 70 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szcepień Powszechnych - POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13 | | |
| telefon/ telefony | 55 620 84 70 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-26 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | | |

| | | | | |
|---|--|------------------------------|--|------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE | W | | |
| 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 | | | | 2020-12-23 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE | P | | |
| 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 | | | | 2020-12-23 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040 UL.GRUNWALDZKA 10B | | | |
| telefon/ telefony | 571407022 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |

| | | | | |
|--|---|------------------------------|--|------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | W | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200 UL.LEŚNA 1 | | | |
| telefon/ telefony | 23 697 22 11 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2020-12-23 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Leśna 1 | | | |
| telefon/ telefony | 23 697 22 11 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół nr 1 - Hala Gimnastyczna | | PSP 4 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Grunwaldzka 4 | | | |
| telefon/ telefony | 571535369 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24 | | |
| telefon/ telefony | 87 620 95 71 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24 | | |
| telefon/ telefony | 87 620 95 71 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | POP 1 | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk /19-300/ Baranki 24 | | |
| telefon/ telefony | 726554500 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół nr 6 im. Macieja Rataja w Ełku - Hala Sportowa | | PSP 5 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk /19-300/ Kajki 4 | | |
| telefon/ telefony | 726554500 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-06-14 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK | | |
| telefon/ telefony | 87 621 99 94 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK | | |
| telefon/ telefony | 87 621 99 90 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | Drive-Thru 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie Filia w Ełku | | DT 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul.Tadeusza Kościuszki 30 | | |
| telefon/ telefony | 882935746 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-05 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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: | 87 429 66 01 | | |
| identyfikator REGON | 385294919 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500 ALEJA 1-GO MAJA 14 | | |
| telefon/ telefony | 87 429 66 01 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / Warszawska 41 | | |
| telefon/ telefony | 87 429 66 42 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowa MOSiR w Giżycku | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / ul. 3-ego Maja 21 | | |
| telefon/ telefony | 608787366 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-07-31 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | | |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7 | | |
| telefon/ telefony | 87 615 13 76 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / Słoneczna 7 | | |
| telefon/ telefony | 87 615 12 17 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Publiczne Gimnazjum w Gołdapi | | PSP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / Boczna 1 | | |
| telefon/ telefony | 512007572 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-17 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-07-30 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE | W | |
| 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 | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA / 14-200 / ANDERSA 3 | | |
| telefon/ telefony | 89 644 96 01 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN, 11-400 UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 | | |
| telefon/ telefony | 664358094 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-22 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - MOSiR Hala Widowiskowo-Sportowa w Kętrzynie | | PSP 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN/ 11-400 / UL. Kazimierza Wielkiego 12A | | |
| telefon/ telefony | 664358094 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIDZBARKU WARMIŃSKIM | W | |
| 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 | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIDZBARKU WARMIŃSKIM | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński/ 11-100 / 11-go Listopada 15 | | |
| telefon/ telefony | 519133099 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół i Placówek Oświatowych w Lidzbarku Warmińskim - Hala sportowa | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński/11-100/Wierzbickiego 3 A | | |
| telefon/ telefony | 519133099 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Sportu i Rekreacji w Ornećce | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ornećka/11-130/ ul. Sportowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 607693499 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-07-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO, 11-700, UL.WOLNOŚCI 12 | | |
| telefon/ telefony | 89 741 94 00 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Klub Seniora w Mrągowie | | PSP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo/ 11-700 / ul.Henryka Sienkiewicza 16 | | |
| telefon/ telefony | 508560775 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-17 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY | W | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 23 | | |
| telefon/ telefony | 89 625 05 00 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | 2021-04-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 23 | | |
| telefon/ telefony | 89 625 05 00 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY SZPITAL TYMCZASOWY | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA / 13-100 / Mickiewicza 25 | | |
| telefon/ telefony | 896250518 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-03-31 |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY | | PSP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 23 | | |
| telefon/ telefony | 896250518 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | W | |
| 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 | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o. | | PSP 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO LUBAWSKIE/ 13-300 / UL.KOPERNIKA 14 D | | |
| telefon/ telefony | 511 225 640 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | | |
| nazwa: | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1 | | |
| telefon/ telefony | 87 520 22 95 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | „Olmedica” w Olecku Sp. z o.o. | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko/ 19-400 / ul. Gołdapska 1 | | |
| telefon/ telefony | 87 520 22 95 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | „Olmedica” w Olecku Sp. z o.o. | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świątajno/ 19-411 / Świątajno 104 | | |
| telefon/ telefony | 875202295 wew. 314 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 | | |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn /10-450/ ul. Niepodległości 44 | | |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - OSiR Olsztyn - hala sportowa | | PSP 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn /10-450/ ul. Mariańska 1 | | |
| telefon/ telefony | 608316784 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-07-31 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30 | | |
| telefon/ telefony | 89 524 53 54 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-082 / Aleja Warszawska 10 | | |
| telefon/ telefony | 89 524 53 92 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE | W | |
| 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 | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 37 | | |
| telefon/ telefony | 89 539 81 00 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W PASŁĘKU" | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A | | |
| telefon/ telefony | 55 249 15 90 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W PASŁĘKU" | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A | | |
| telefon/ telefony | 55 249 15 90 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół nr 1 - Hala sportowa | | PSP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK/ 14-400 /Zwycięstwa 28 | | |
| telefon/ telefony | 505 112 992 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-04 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2 | | |
| telefon/ telefony | 87 425 45 00 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Sienkiewicza 4 | | |
| telefon/ telefony | 87 425 45 06 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Sala Gimnastyczna - I Liceum Ogólnokształcące w Piszu im. Bojowników o Polskość Mazur | | PSP 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Sikorskiego 15 | | |
| telefon/ telefony | 880-310-999 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZYTNIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 | | |
| telefon/ telefony | 89 623 21 00 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie Szpital Tymczasowy | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / ul. Skłodowskiej 12 | | |
| telefon/ telefony | 724320112 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych w Szczytnie | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / Chrobrego 12 | | |
| telefon/ telefony | 724320112 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | W | |
| 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 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgorzewo / 11-600 / ul. 3 Maja 17 | | |
| telefon/ telefony | 87 427 32 52 wew.113 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 2021-01-15 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgorzewo / 11-600 / ul. 3 Maja 17 | | |
| telefon/ telefony | 87 427 32 52 wew.113 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 2021-04-26 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO/11-600/GEN.J.BEMA 24 | | |
| telefon/ telefony: | 87 427 27 66 | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 790240956 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO/11-600/GEN.J.BEMA 24 | | |
| telefon/ telefony | 87 427 27 66 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-07-31 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE | P | |
| 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 | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-07-31 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--------------------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE FROMBORKU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530, UL.SANATORYJNA 1 | | |
| telefon/ telefony | 55 621 63 02 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-07-31 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | | |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE WITAL OLIWIA SMITH | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.WCZASOWA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 87 615 41 92-94 | | |
| identyfikator REGON | 366684182 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE WITAL OLIWIA SMITH | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.WCZASOWA 7 | | |
| telefon/ telefony | 87 615 41 92-94 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-12-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-07-31 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | | |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORĄG, 14-300 UL.DĄBROWSKIEGO 16 | | |
| telefon/ telefony | 89 757 42 31 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Morąg / 14-300 / ul. Dąbrowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony | 897574231 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Pływalnia "Morąska Perła" w Morągu | | PSP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Morąg / 14-300 / ul. Kardynała Wyszyńskiego 8 | | |
| telefon/ telefony | 609760890 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-10 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-30 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY SP. Z O.O. W GOŁDAPI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7B | | |
| telefon/ telefony: | 87 615 37 90 | | |
| identyfikator REGON | 510895686 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|--------------------------|---|
| nazwa: | ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY SP. Z O.O. W GOŁDAPI | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7B | | |
| telefon/ telefony | 87 615 37 90 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-31 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO-KOLONIA/19-400/OLECKO-KOLONIA 4 | | |
| telefon/ telefony: | 87 520 40 32 | | |
| identyfikator REGON | 510956749 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO-KOLONIA/19-400/OLECKO-KOLONIA 4 | | |
| telefon/ telefony | 87 520 40 32 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-31 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/JAGIELLOŃSKA 78 | | |
| telefon/ telefony: | 89 532 29 01 | | |
| identyfikator REGON | 000295739 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|--------------------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/JAGIELLOŃSKA 78 | | |
| telefon/ telefony | 89 532 29 01 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-07-31 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "ADAMED" LEKARZE SPECJALIŚCI LUCJA ADAMOWICZ, SERGIUSZ ADAMOWICZ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / ul. Partyzantów 28 / 29 | | |
| telefon/ telefony: | 876152217 | | |
| identyfikator REGON | 519655370 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "ADAMED" LEKARZE SPECJALIŚCI LUCJA ADAMOWICZ, SERGIUSZ ADAMOWICZ SPÓŁKA JAWNA | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRABOWO / 19-500 / Grabowo 27 A | | |
| telefon/ telefony | 876156637 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "ESKULAP" BOGUSŁAWA ORZECZOWSKA JAROSŁAW GOLUBIEWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłomłyn / 14-140 / ul. Cicha 2 | | |
| telefon/ telefony: | (089) 647-31-69 | | |
| identyfikator REGON | 511349158 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--------------------------|---|
| nazwa: | "ESKULAP" BOGUSŁAWA ORZECHOWSKA JAROSŁAW GOLUBIEWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłomłyn / 14-140 / Cicha 2 | | |
| telefon/ telefony | 896473169 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | | |
| nazwa: | "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / ul. Tadeusza Kościuszki 20 | | |
| telefon/ telefony: | 669494558 | | |
| identyfikator REGON | 511484666 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO / 12-100 / KOŚCIUSZKI 20 | | |
| telefon/ telefony | 517140009 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | | |
| nazwa: | "JANISZEWSKI I PARTNERZY - LEKARZE" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pasłęk / 14-400 / pl. Grunwaldzki 8 | | |
| telefon/ telefony: | 55 249-19-19 | | |
| identyfikator REGON | 363942175 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "JANISZEWSKI I PARTNERZY - LEKARZE" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pasłęk / 14-400 / Plac Grunwaldzki 8 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 552491921 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "LEKARZE DOMOWI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-687 / ul. Floriana Piotrowskiego 16 / I | | |
| telefon/ telefony: | 089 5431770 | | |
| identyfikator REGON | 511428120 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "LEKARZE DOMOWI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-686 / Piotrowskiego 16i | | |
| telefon/ telefony | 89 5431770 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "LEKARZE DOMOWI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-900 / Wojska Polskiego 19/23 | | |
| telefon/ telefony | 89 6781022 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "LEKARZE RODZINNI" R. SZTABIŃSKI I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / ul. Słoneczna 9 | | |
| telefon/ telefony: | 876151454 | | |
| identyfikator REGON | 510892720 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--------------------------|---|
| nazwa: | "LEKARZE RODZINNI" R. SZTABIŃSKI I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / Słoneczna 9 | | |
| telefon/ telefony | 876151454 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "MEDYK" - LEKARZE SPECJALIŚCI - DOMAGAŁA, KACAŁA, POWROŹNIK I ZAKRZEWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nidzica / 13-100 / ul. Traugutta 13 | | |
| telefon/ telefony: | 89 625 61 34 | | |
| identyfikator REGON | 510998713 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "MEDYK" - LEKARZE SPECJALIŚCI - DOMAGAŁA, KACAŁA, POWROŹNIK I ZAKRZEWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nidzica / 13-100 / Traugutta 13 | | |
| telefon/ telefony | 694534163 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA- DZIAĞ, W.MANDECKI, M.DYTKOWSKI" SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Braniewo / 14-500 / ul. Żeromskiego 14A | | |
| telefon/ telefony: | 55 243-22-03; 55 244 22 03 | | |
| identyfikator REGON | 510977763 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------|---|
| nazwa: | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA-DZIAĞ, W.MANDECKI, M.DYTKOWSKI" SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO / 14-500 / ŻEROMSKIEGO 14A | | |
| telefon/ telefony | 552432203 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA-DZIAĞ, W.MANDECKI, M.DYTKOWSKI" SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPOWINA / 14-500 / 7 | | |
| telefon/ telefony | 552431422 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZY MEDYCYNY RODZINNEJ ZBIGNIEW GUGNOWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / ul. Wodociągowa 17 | | |
| telefon/ telefony: | (087)4286772 | | |
| identyfikator REGON | 790328786 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZY MEDYCYNY RODZINNEJ ZBIGNIEW GUGNOWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / Wodociągowa 17 | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 874286772 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZY MEDYCYNY RODZINNEJ ZBIGNIEW GUGNOWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wilkasy / 11-500 / Olsztyńska 54 | | |
| telefon/ telefony | 874280215 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowa MOSiR w Giżycku | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / 3-ego Maja 21 | | |
| telefon/ telefony | 874286772 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-07-31 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | | |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOŹNICA-ALI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łukta / 14-105 / ul. Jeziorna 9B | | |
| telefon/ telefony: | 089 6475149 | | |
| identyfikator REGON | 280511479 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOŹNICA-ALI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łukta / 14-105 / Warszawska 17A/1 | | |
| telefon/ telefony | 896475149 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "NZOZ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark / 13-230 / ul. Zieluńska 25 | | |
| telefon/ telefony: | 23 6969462 KOM.531 335 301 | | |
| identyfikator REGON | 364187344 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "NZOZ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark /13-230 / Zieluńska 25 | | |
| telefon/ telefony | 236961072, 662272661, 690002882 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "NZOZ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niechłonin 93 / 13-206 | | |
| telefon/ telefony | 236969462, 662272905, 236961072 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ " | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko / 19-400 / ul. Gołdapska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 087-520 22 95-96 | | |
| identyfikator REGON | 519558690 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|--------------------------|---|
| nazwa: | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ " | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko / 19-400 / ul. Gołdapska 1 | | |
| telefon/ telefony | 48875202295 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "OMEGA" TOPOLSCY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / ul. Nauczycielska 18 | | |
| telefon/ telefony: | 896231314 | | |
| identyfikator REGON | 380783826 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "OMEGA" TOPOLSCY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / Nauczycielska 18 | | |
| telefon/ telefony | 896231314 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "OŚRODEK ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH, WIKTOR GOŚLICKI, ZBIGNIEW GOŚLICKI SPÓŁKA JAWNA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozłowo / 13-124 / ul. Pólko 8 | | |
| telefon/ telefony: | 89 626 76 91 | | |
| identyfikator REGON | 510890996 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "OŚRODEK ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH, WIKTOR GOŚLICKI, ZBIGNIEW GOŚLICKI SPÓŁKA JAWNA" | | |
| | | | POP 1 |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozłowo / 13-124 / Pólko 8 | | |
| telefon/ telefony | 896267691 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | | |
| nazwa: | "PANACEUM" KULIŚ, GROCH, KOKOLUS PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Banie Mazurskie / 19-520 / ul. Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony: | 668118279 | | |
| identyfikator REGON | 281346953 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "PANACEUM" KULIŚ, GROCH, KOKOLUS PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BANIE MAZURSKIE / 19-520 / KOŚCIUSZKI 1 | | |
| telefon/ telefony | 668118279 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "PANACEUM" KULIŚ, GROCH, KOKOLUS PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRUKLANKI / 11-612 / DWORCOWA 4 | | |
| telefon/ telefony | 506030436 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-07-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | | |
| nazwa: | "PANTAMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-461 / ul. Pana Tadeusza 6 | | |
| telefon/ telefony: | 895342333 | | |
| identyfikator REGON | 510898153 | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "PANTAMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-461 / Pana Tadeusza 6 | | |
| telefon/ telefony | 510534352 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | | |
| nazwa: | "SAMMED" Beata Samul-Kozłowska Spółka Jawna | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lutry / 11-311 / 48 | | |
| telefon/ telefony: | 897162124 | | |
| identyfikator REGON | 281377853 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "SAMMED" Beata Samul-Kozłowska Spółka Jawna | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lutry / 11-311 / Lutry 48 | | |
| telefon/ telefony | 897162124 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | | |
| nazwa: | "TAR-MEDICA" TARASIUK LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / ul. Bolesława Chrobrego 10 / 19 | | |
| telefon/ telefony: | 660479827 | | |
| identyfikator REGON | 383426713 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa: | "TAR-MEDICA" TARASIUŁ LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / Bolesława Chrobrego 10 | | |
| telefon/ telefony | 896231315 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "VITA" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY RODZINNYCH - B.ARKABUS, M.GAJDA, J.LAUDAŃSKA-ŁUKOWICZ, J.ROSENAU, I.SĘKOWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Jana Bażyńskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 55 232 33 00 | | |
| identyfikator REGON | 170800639 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "VITA" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY RODZINNYCH - B.ARKABUS, M.GAJDA, J.LAUDAŃSKA-ŁUKOWICZ, J.ROSENAU, I.SĘKOWSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Bażyńskiego 2 | | |
| telefon/ telefony | 552323300 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "Vita-Med" Marta Gała | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. dr. Władysława Klementowskiego 8 | | |
| telefon/ telefony: | 87 425 45 27 | | |
| identyfikator REGON | 052144359 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "Vita-Med" Marta Gała | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. dr. Władysława Klementowskiego 8 | | POP 1 |
| telefon/ telefony | 874254527 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "ZDROWIE" LEKARZ RYSZARD WIELECHOWSKI LEKARZ EMILIA MARIA KULAS- LEWANDOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark / 13-230 / ul. Brzozowa 10 | | |
| telefon/ telefony: | (23)696 11 55 | | |
| identyfikator REGON | 281364307 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "ZDROWIE" LEKARZ RYSZARD WIELECHOWSKI LEKARZ EMILIA MARIA KULAS- LEWANDOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark / 13-230 / Brzozowa 10 | | |
| telefon/ telefony | 608036411 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "ZDROWIE"S.C. BEATA MISIEWICZ,BEATA ROGUCKA,WIOLETA ĆWIRTA-ROMAN | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biskupiec / 11-300 / ul. Armii Krajowej 1 A | | |
| telefon/ telefony: | (89) 513-20-78 | | |
| identyfikator REGON | 519575003 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "ZDROWIE"S.C. BEATA MISIEWICZ,BEATA ROGUCKA,WIOLETA ĆWIRTA-ROMAN | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC / 11-300 / ARMII KRAJOWEJ 1A | | |
| telefon/ telefony | 895132078 | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ALMED A.A.IWANIUK, M.PURWIN SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dubeninki / 19-504 / ul. Dębowa 7A | | |
| telefon/ telefony: | 87 615 81 08 | | |
| identyfikator REGON | 281556403 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALMED A.A.IWANIUK, M.PURWIN SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dubeninki / 19-504 / Dębowa 7A | | |
| telefon/ telefony | 876158108 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ANDRZEJ WIĘCEK "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ I SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nidzica / 13-100 / ul. Żeromskiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | (0-89) 625 68 37 | | |
| identyfikator REGON | 510207380 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ANDRZEJ WIĘCEK "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ I SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA / 13-100 / ŻEROMSKIEGO 9 | | |
| telefon/ telefony | 866253837 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | ANETTA SŁOMCZYŃSKA-KĄDZIOŁKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieniężno / 14-520 / ul. Generalska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 55 243 61 54 | | |
| identyfikator REGON | 170768551 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ANETTA SŁOMCZYŃSKA-KĄDZIOŁKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieniężno / 14-520 / Generalska 4 | | |
| telefon/ telefony | 552436154 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brodnica / 87-300 / ul. Tulipanowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | 693284477 | | |
| identyfikator REGON | 383832235 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto Lubawskie / 13-300 / Targowa 28 | | |
| telefon/ telefony | 693284477 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | ANNA LEOKADIA OSOWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZA PRZYCHODNIA" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sępopol / 11-210 / ul. Lipowa 1A | | |
| telefon/ telefony: | 603876615 | | |
| identyfikator REGON | 510382053 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ANNA LEOKADIA OSOWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZA PRZYCHODNIA" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sępopol / 11-210 / Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 897614401 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ANNA LEŚNIEWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milejewo / 82-316 / ul. Lipowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 55 231 22 26 | | |
| identyfikator REGON | 170139424 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ANNA LEŚNIEWSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milejewo / 82-316 / Lipowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 552312226 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CYPERMED Cyprian Broszkiewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubomino / 11-135 / ul.Kopernika 51 / 2 | | |
| telefon/ telefony: | 89 616 07 16 | | |
| identyfikator REGON | 281346628 | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CYPERMED Cyprian Broszkiewicz | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBOMINO / 11-135 / ul.Kopernika 51 | | |
| telefon/ telefony | 896160716 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CZESŁAW SADOWNIK NZOZ "POLI-MED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / ul. Wodociągowa 17 | | |
| telefon/ telefony: | 087 4288386 | | |
| identyfikator REGON | 510942990 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CZESŁAW SADOWNIK NZOZ "POLI-MED" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / Wodociągowa 17 | | |
| telefon/ telefony | 668603213 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-07-22 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-864 / ul. prof. Michała Życzkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | 12 295 01 08 | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-692 / Jana Janowicza 1 | | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DORA-M.ED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wydminy / 11-510 / ul. Dworcowa 1B | | |
| telefon/ telefony: | 87 4281755 | | |
| identyfikator REGON | 366006192 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DORA-M.ED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYDMINY / 11-510 / DWORCOWA 1B | | |
| telefon/ telefony | 87 4281755 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ELBLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE LIFECLINICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Węgrowska 3 | | |
| telefon/ telefony: | 55 235 11 94 | | |
| identyfikator REGON | 363178515 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ELBLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE LIFECLINICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Węgrowska 3 | | |
| telefon/ telefony | 552351194 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa: | ELMED SZCZYTNO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / ul. Gnieźnieńska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 896232541, 896232560 | | |
| identyfikator REGON | 510946521 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ELMED SZCZYTNO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / Nauczycielska 18/4U | | |
| telefon/ telefony | 721202787 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | EWA STECKIEWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński / 11-100 / Ignacego Paderewskiego 14 | | |
| telefon/ telefony: | 89 7670205 | | |
| identyfikator REGON | 510474690 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | EWA STECKIEWICZ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński / 11-100 / Aleksandra Świętochowskiego 7b | | |
| telefon/ telefony | 897670205 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM ZDROWIA ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLSZTYNKU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztynek / 11-015 / ul. Chopina 11 | | |
| telefon/ telefony: | 89-519-35-63 | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 510699293 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM ZDROWIA ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLSZTYNKU | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztynek / 11-015 / Chopina 11 | | |
| telefon/ telefony | 516168290 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | | |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W LELKOWIE | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lelkowo / 14-521 / 19 | | |
| telefon/ telefony: | 552448168 | | |
| identyfikator REGON | 380158710 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W LELKOWIE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LELKOWO / 14-521 / 19 | | |
| telefon/ telefony | 552448168 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | | |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PŁOSKINI | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płoskinia / 14-526 / 9/1 | | |
| telefon/ telefony: | 502217784 | | |
| identyfikator REGON | 380012715 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PŁOSKINI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOSKINIA / 14-526 / 44075 | | |
| telefon/ telefony | 511833117 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GMINNY SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kurzętnik / 13-306 / ul. Łąkowa 10 | | |
| telefon/ telefony: | 056-4748970 | | |
| identyfikator REGON | 870471071 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GMINNY SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KURZĘTNIK / 13-306 / ŁĄKOWA 10 | | |
| telefon/ telefony | 564748970 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE SUSZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Susz / 14-240 / ul. Józefa Wybickiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 55 278 09 90, 55 278 78 91 | | |
| identyfikator REGON | 385986333 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE SUSZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Susz / 14-240 / Józefa Wybickiego 9 | | |
| telefon/ telefony | 552780990 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Jacek Kuleta | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-802 / ul. Zbożowa 27E | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 601056638 | | |
| identyfikator REGON | 891007213 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Jacek Kuleta | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC / 11-300 / ARMII KRAJOWEJ 8 | | |
| telefon/ telefony | 601056638 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | JERZY MARCZAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / ul. Lidzbarska 33 | | |
| telefon/ telefony: | 516984103 | | |
| identyfikator REGON | 130128162 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | JERZY MARCZAK | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Lidzbarska 33 | | |
| telefon/ telefony | 516984103 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Józef Koc | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ryn / 11-520 / ul. Konrada Wallenroda 10 | | |
| telefon/ telefony: | /087/4207211 | | |
| identyfikator REGON | 790337667 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Józef Koc | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mikołajki / 11-730 / Plac Handlowy 20 | | |
| telefon/ telefony | 512374911 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Józef Koc | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rozogi / 12-114 / Rynek 11 | | |
| telefon/ telefony | 897226526 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Józef Koc | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ryn / 11-520 / Konrada Wallenroda 10 | | |
| telefon/ telefony | 874207211 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Józef Koc | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Spychowo / 12-150 / Mazurska 5 | | |
| telefon/ telefony | 512374815 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | KTM JABŁOŃSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Reszel / 11-440 / ul. Rynek 23 | | |
| telefon/ telefony: | 661531288, 601662131 | | |
| identyfikator REGON | 280021723 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | KTM JABŁOŃSKA SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Reszel / 11-440 / Słowackiego 4 | | |
| telefon/ telefony | 897510025 | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | KTM JABŁOŃSKA SPÓŁKA JAWNA - CENTRUM ZDROWIA TWÓJ PARTNER | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-700 / Mrągowo / ul. Grunwaldzka 1C | | |
| telefon/ telefony | 517109019 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-03-30 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LEK. GRAŻYNA ŻMUDZIŃSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biskupiec / 11-300 / ul. Armii Krajowej 2A | | |
| telefon/ telefony: | 0-89 715 27 64 , 0-604 484 442 | | |
| identyfikator REGON | 510633199 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LEK. GRAŻYNA ŻMUDZIŃSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC / 11300 / ARMII KRAJOWEJ 2A | | |
| telefon/ telefony | 604484442 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa / 02-676 / ul. Postępu 21 C | | |
| telefon/ telefony: | 22 450 45 00 | | |
| identyfikator REGON | 140723603 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | POP 1 |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Stoczniowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 223 322 849 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-273 / Jagiellońska 26/1A | | |
| telefon/ telefony | 223 322 849 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Magdalena Willenberg | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłowo-Osada / 13-240 / ul. Leśna 3D | | |
| telefon/ telefony: | /023/ 654-10-06 | | |
| identyfikator REGON | 280135007 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Magdalena Willenberg | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłowo-Osada / 13-240 /ul. Leśna 3D | | |
| telefon/ telefony | 0236541006 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MAŁGORZATA ŁUBIŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świątajno / 12-140 / ul. Leśna 4 P | | |
| telefon/ telefony: | 089- 6226107 | | |
| identyfikator REGON | 510463640 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | MAŁGORZATA ŁUBIŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świątajno / 12-140 / Leśna 4p | | |
| telefon/ telefony | 606718681 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDYK ELŻBIETA KARDASZ-KOPYTKO I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Młynary / 14-420 / ul. Dworcowa 33 | | |
| telefon/ telefony: | 552486010; 552487496 | | |
| identyfikator REGON | 170773606 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MEDYK ELŻBIETA KARDASZ-KOPYTKO I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Młynary / 14-420 / Dworcowa 33 | | |
| telefon/ telefony | 604254343 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MEDYK ELŻBIETA KARDASZ-KOPYTKO I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wilczęta / 14-405 / Wilczęta 95 | | |
| telefon/ telefony | 604254343 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Michał Jędrzyński | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Stefana Żeromskiego 2B | | |
| telefon/ telefony: | 55 233 47 55 | | |
| identyfikator REGON | 280438452 | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Michał Jędrzyński | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Stefana Żeromskiego 2B | | |
| telefon/ telefony | 552334755 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W BARCZEWIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Barczewo / 11-010 / ul. Lipowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 895148235 | | |
| identyfikator REGON | 510455728 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W BARCZEWIE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Barczewo / 11-010 / Lipowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 514083963 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W BARCZEWIE PUNKT LEKARSKI WIPSOWO | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-010 / WIPSOWO 106 | | |
| telefon/ telefony | 514083963 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W BARCZEWIE | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Barczewo / 11-010 / Lipowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 514083963 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-26 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MUŚKO JERZY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Tadeusza Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony: | 087- 629-83-95 | | |
| identyfikator REGON | 790086219 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MUŚKO JERZY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony | 87 6104464 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MUŚKO JERZY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISANICA / 19-314 / PISANICA 58 | | |
| telefon/ telefony | 87 6298395 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MUŚKO JERZY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRADUNY / 19-300 / NADRZECZNA 17/1 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 87 6196422 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-30 | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "GRUNWALDZKA" SKWIRA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo / 11-700 / ul. Grunwaldzka 1B | | |
| telefon/ telefony: | 89 741 74 20 | | |
| identyfikator REGON | 510997820 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "GRUNWALDZKA" SKWIRA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO / 11-700 / GRUNWALDZKA 1B | | |
| telefon/ telefony | 504099494 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" SPÓŁKA CYWILNA HENRYKA BARANOWSKA I WSPÓLNICY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo / 11-700 / ul. Królewiecka 58 | | |
| telefon/ telefony: | 89 741 74 30 | | |
| identyfikator REGON | 511030155 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" SPÓŁKA CYWILNA HENRYKA BARANOWSKA I WSPÓLNICY | | POP 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO / 11-700 / KRÓLEWIECKA 58 | | |
| telefon/ telefony | 897417430 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY AKADEMICKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WAWRYK, GAŃSECKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-747 / ul. Juliana Tuwima 3B / 3 | | |
| telefon/ telefony: | 89 523 34 99 | | |
| identyfikator REGON | 510922615 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY AKADEMICKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WAWRYK, GAŃSECKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-747 / Tuwima 3B/3 | | |
| telefon/ telefony | 895233499 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ "MED-KOR" KRYSZYNA BADOWSKA-RECHINBACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korsze / 11-430 / ul. Władysława Reymonta 2 | | |
| telefon/ telefony: | 89 754 06 28 | | |
| identyfikator REGON | 510262739 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ "MED-KOR" KRYSZYNA BADOWSKA-RECHINBACH | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korsze / 11-430 / Reymonta 2 | | |
| telefon/ telefony | 606652233 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCyny RODZINNEJ "MODZELEWSKA-BAKUN" S.C. BARBARA MODZELEWSKA, ALEKSANDRA BAKUN | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-684 / ul. Melchiora Wańkowicza 5 | | |
| telefon/ telefony: | 89 542 60 67 | | |
| identyfikator REGON | 510894132 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCyny RODZINNEJ "MODZELEWSKA-BAKUN" S.C. BARBARA MODZELEWSKA, ALEKSANDRA BAKUN | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-686 / Wańkowicza 5 | | |
| telefon/ telefony | 89 542 60 67 , 89 542 41 96 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 / ul. Józefa Wybickiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 55 278 78 84 | | |
| identyfikator REGON | 510944479 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OŚRODEK ZDROWIA "MEDYK" SPÓŁKA JAWNA TERESA KIEWLAK-NETTER, STANISŁAW SKOCZEK, MAGDALENA BARYŁKA | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Susz / 12-240 / Józefa Wybickiego 9 | | |
| telefon/ telefony | 552787884 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD- MED" Beata Siergiej | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Uzdowo 92 | | |
| telefon/ telefony: | 509 940 875 | | |
| identyfikator REGON | 281548125 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD- MED" Beata Siergiej | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Uzdowo 92 | | |
| telefon/ telefony | 572301850 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AMICUS" LEKARZE DOMINIĄK, KOWALCZYK, KOWALIK, MAZUREK, SPÓŁKA PARTNERSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgorzewo / 11-600 / ul. 3 Maja 17B | | |
| telefon/ telefony: | 87 427 24 58 | | |
| identyfikator REGON | 510868880 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AMICUS" LEKARZE DOMINIAK, KOWALCZYK, KOWALIK, MAZUREK, SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgorzewo / 11-600 / 3-Maja 17B | | |
| telefon/ telefony | 87 427 39 36 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" BOŻENA GROCHOWSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nidzica / 13-100 / ul. Traugutta 13 | | |
| telefon/ telefony: | 89 6257777 | | |
| identyfikator REGON | 280621216 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" BOŻENA GROCHOWSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nidzica / 13-100 / Traugutta 13 | | |
| telefon/ telefony | 606409851 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "O.K.MED" S.C. PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kętrzyn / 11-400 / ul. Fryderyka Chopina 1 | | |
| telefon/ telefony: | 089 752 29 76 | | |
| identyfikator REGON | 510897171 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "O.K.MED" S.C. PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH | | POP 1 |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kętrzyn / 11-400 / Chopina 1 | | |
| telefon/ telefony | 897522975 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OL - MED"S.C. ELŻBIETA JARMOWSKA, ELŻBIETA JÓŻWIK, DANUTA KOZŁOWSKA - TRUSEWICZ, EWA SKRZYCKA, RAFAŁ SKUTECKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-455 / ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | 89 533 72 31 | | |
| identyfikator REGON | 510897060 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OL - MED"S.C. ELŻBIETA JARMOWSKA, ELŻBIETA JÓŻWIK, DANUTA KOZŁOWSKA - TRUSEWICZ, EWA SKRZYCKA, RAFAŁ SKUTECKI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-455 / Wyszyńskiego 16 | | |
| telefon/ telefony | 501345828 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLS-MED" SPÓŁKA JAWNA WIOLETTA OLSZEWSKA, ARTUR OLSZEWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / ul. Asnyka 3A | | |
| telefon/ telefony: | 897615520 | | |
| identyfikator REGON | 280245411 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLS-MED" SPÓŁKA JAWNA WIOLETTA OLSZEWSKA, ARTUR OLSZEWSKI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / Kętrzyńska 35F | | |
| telefon/ telefony | 897212199 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLS-MED" SPÓŁKA JAWNA WIOLETTA OLSZEWSKA, ARTUR OLSZEWSKI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojciechy / 11-200 / - 70 | | |
| telefon/ telefony | 897615520 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panakeja" lek. Waldemar Połczyński | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Podgórna 12 | | |
| telefon/ telefony: | 55 235 80 14 ; 55 235 80 10 | | |
| identyfikator REGON | 170246249 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panakeja" lek. Waldemar Połczyński | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Podgórna 12 | | |
| telefon/ telefony | 784083190 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PORADNIA ZDROWIA RODZINY" KRYSZYNA SKARZYŃSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała Piska / 12-230 / ul. Konopnickiej 4 | | |
| telefon/ telefony: | 87 425 93 23 | | |
| identyfikator REGON | 790214315 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PORADNIA ZDROWIA RODZINY" KRYSZYNA SKARZYŃSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała Piska / 12-230 / ul. Konopnickiej 4 | | |
| telefon/ telefony | 87 425 93 23 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA KISIELICE" MUNKHSAIKHAN MANDAKH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kisielice / 14-220 / ul. Sienkiewicza 18 | | |
| telefon/ telefony: | 55 275 60 04 | | |
| identyfikator REGON | 519463913 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA KISIELICE" MUNKHSAIKHAN MANDAKH | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kisielice / 14-220 / Sienkiewicza 18 | | |
| telefon/ telefony | 55 275 60 04 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-06-30 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA NR 1" E.SZPANELEWSKA,D.SZPANELEWSKI SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto Lubawskie / 13-300 / ul. Mickiewicza 11 B | | |
| telefon/ telefony: | 56 4725742 | | |
| identyfikator REGON | 510869447 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA NR 1" E.SZPANELEWSKA,D.SZPANELEWSKI SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto Lubawskie / 13-300 / Mickiewicza 11B | | |
| telefon/ telefony | 564725742 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" S.C. SYLWIA BOBOJĆ, ALICJA KARKUT- BZDYRA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-691 / ul. Balbiny Świtycz- Widackiej 3 | | |
| telefon/ telefony: | 89 543 80 30 | | |
| identyfikator REGON | 519541091 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" S.C. SYLWIA BOBOJĆ, ALICJA KARKUT- BZDYRA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-691 / Świtycz-Widackiej 3 | | |
| telefon/ telefony | 895358031 | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANOMED" - WOJCIECH PODOWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońnica / 13-206 / ul. Lipowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 23 696 80 25; 23 696 82 30 | | |
| identyfikator REGON | 130318425 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANOMED" - WOJCIECH PODOWSKI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońnica / 13-206 / Lipowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 23 696 80 25 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOL-VITA" S.C. PRAKTYKA LEKARZA OGÓLNEGO I DZIECIĘCEGO RADOSŁAW WIŚNIEWSKI, PIOTR BERNECKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tolkmicko / 82-340 / Wolności 1 | | |
| telefon/ telefony: | 55 231 61 67 | | |
| identyfikator REGON | 170967836 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOL-VITA" S.C. PRAKTYKA LEKARZA OGÓLNEGO I DZIECIĘCEGO RADOSŁAW WIŚNIEWSKI, PIOTR BERNECKI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suchacz / 82-340 / Zakopiańska 2 | | |
| telefon/ telefony | 552313206 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOL-VITA" S.C. PRAKTYKA LEKARZA OGÓLNEGO I DZIECIĘCEGO RADOSŁAW WIŚNIEWSKI, PIOTR BERNECKI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tolkmicko / 82-340 / Pl. Wolności 1 | | |
| telefon/ telefony | 552316167 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Elizy Orzeszkowej 13 | | |
| telefon/ telefony: | 55 232 93 12 | | |
| identyfikator REGON | 170771694 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG / 82-300 / ELIZY ORZESZKOWEJ 13 | | |
| telefon/ telefony | 552210280 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GODKOWO / 14-407 / GODKOWO 62 | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 552491575 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK / 14-400 / JAGIEŁŁY 27 | | |
| telefon/ telefony | 552491980 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Morąg / 14-300 / ul. Warmińska 23 | | |
| telefon/ telefony | 897572241 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Ewa Wysocka-Nowak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koziny / 14-230 / 8 | | |
| telefon/ telefony: | 89 758 89 19 | | |
| identyfikator REGON | 170225201 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Ewa Wysocka-Nowak | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zalewo / 14-230 / 29-go Stycznia 18 | | |
| telefon/ telefony | 897588871 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" MARIA RUSIŁOWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński / 11-100 / ul. 11 Listopada 15 | | |
| telefon/ telefony: | 89 767 70 33 | | |
| identyfikator REGON | 510668393 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" MARIA RUSIŁOWICZ | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIDZBARK WARMIŃSKI / 11-100 / 11-GO LISTOPADA 15 | | |
| telefon/ telefony | 89 767 70 33 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ALINAL-MED ALICJA NAŁYSNYK-GACIOCH, SYLWESTER GACIOCH SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kętrzyn / 11-400 / ul. Wojska Polskiego 3 B / 3 | | |
| telefon/ telefony: | 601840640 | | |
| identyfikator REGON | 281532970 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ALINAL-MED ALICJA NAŁYSNYK-GACIOCH, SYLWESTER GACIOCH SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kętrzyn / 11-400 / Wojska Polskiego 3b/3 | | |
| telefon/ telefony | 896762210 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARS MEDICA - MARIA OŁDZIEJEWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-547 / ul. Michała Kajki 6 | | |
| telefon/ telefony: | 89 5275992 | | |
| identyfikator REGON | 510748519 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARS MEDICA - MARIA OŁDZIEJEWSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-547 / Michała Kajki 6 | | |
| telefon/ telefony | 895275992 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrówno / 14-120 / ul. Działdowska 7 | | |
| telefon/ telefony: | 089-6474010 | | |
| identyfikator REGON | 511030860 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c. | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrówno / 14-120 / Ogrodowa 2A | | |
| telefon/ telefony | 896474010 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GABINET LEKARZA RODZINNEGO BŁAŻEJ BOGUTA | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłakowo / 14-310 / ul. Mikołaja Kopernika 17 / 2 | | |
| telefon/ telefony: | +48897587446 | | |
| identyfikator REGON | 510729002 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GABINET LEKARZA RODZINNEGO BŁAŻEJ BOGUTA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłakowo / 14-310 / Mikołaja Kopernika 43878 | | |
| telefon/ telefony | 897587446 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAMED Ilona Gajewska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko / 19-400 / ul. 11 Listopada 23 / 22 | | |
| telefon/ telefony: | (087)520-22-85 | | |
| identyfikator REGON | 790209410 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAMED Ilona Gajewska | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko / 19-400 / 11-ego Listopada 23/22 | | |
| telefon/ telefony | 668943993 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES SPÓŁKA CYWILNA ANNA MALINOWSKA EWA CHUDEK ROMEJKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłki / 11-513 / ul. Giżycka 45 | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 087 4211090 | | |
| identyfikator REGON | 280352667 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES SPÓŁKA CYWILNA ANNA MALINOWSKA EWA CHUDEK ROMEJKO | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłki / 11-513 / Giżycka 45 | | |
| telefon/ telefony | 874211090 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES W BISKUPCU, BARBARA TYC, ANNA ANDRUKIEWICZ - PISAREK, TERESA SKUKOWSKA, SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biskupiec / 11-300 / ul. Adama Mickiewicza 12B | | |
| telefon/ telefony: | 89 513 20 48 | | |
| identyfikator REGON | 280423002 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES W BISKUPCU, BARBARA TYC, ANNA ANDRUKIEWICZ - PISAREK, TERESA SKUKOWSKA, SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biskupiec / 11-300 / Adama Mickiewicza 12B | | |
| telefon/ telefony | 89 513 20 48 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. L. RYDYGIERA TOMASZ KARDACZ | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-117 / ul. 1 Maja 3 | | |
| telefon/ telefony: | 089 5349516 | | |
| identyfikator REGON | 510023874 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. L. RYDYGIERA TOMASZ KARDACZ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jonkowo / 11-042 / Lipowa 11 | | |
| telefon/ telefony | 895129008 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. L. RYDYGIERA TOMASZ KARDACZ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-117 / 1 Maja 3 | | |
| telefon/ telefony | 515010819 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-08-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAREK REZA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-086 / ul. Janusza Korczaka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 512-22-17 | | |
| identyfikator REGON | 510594921 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAREK REZA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Purda / 11-030 / - 11 | | |
| telefon/ telefony | 895235880 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medycyna Rodzinna Leon Gazda | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Karola Augusta Bahrkego 4 | | |
| telefon/ telefony: | 87 520 15 60 | | |
| identyfikator REGON | 790086633 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medycyna Rodzinna Leon Gazda | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Karola Augusta Bahrkego 4 | | |
| telefon/ telefony | 87 520 15 60 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK ELŻBIETA DOBRYDNIO-DROZD | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalinowo / 19-314 / ul. Szkolna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 87 629 82 22; 603228028 | | |
| identyfikator REGON | 790293929 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK ELŻBIETA DOBRYDNIO-DROZD | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KALINOWO / 19-314 / ul. SZKOLNA 1 | | |
| telefon/ telefony | 87 629 82 22 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123 | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OPIEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-806 / ul. Zbożowa 27E | | |
| telefon/ telefony: | 89 527 49 17 | | |
| identyfikator REGON | 281091826 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OPIEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN / 10-806 / Zbożowa 27 E | | |
| telefon/ telefony | 89 527 49 17 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ DANUTA ZOFIA PAWLICKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Juliana Tuwima 32 | | |
| telefon/ telefony: | (87) 425 92 55 | | |
| identyfikator REGON | 790352170 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ DANUTA ZOFIA PAWLICKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała Piska / 12-230 / Konopnickiej 4 | | |
| telefon/ telefony | 874259255 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ STANISŁAW WOŹNIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Budry / 11-606 / al. Wojska Polskiego 7a | | |
| telefon/ telefony: | 87 427 80 04 | | |
| identyfikator REGON | 510590113 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ STANISŁAW WOŹNIAK | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUDRY / 11-606 / ALEJA WOJSKA POSKIEGO 25 | | |
| telefon/ telefony | 874278004 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ZYGMUNT ZIEMBA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piecki / 11-710 / ul. Zwycięstwa 21 | | |
| telefon/ telefony: | 89 742 11 43 | | |
| identyfikator REGON | 510372936 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ZYGMUNT ZIEMBA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piecki / 11-710 / Zwycięstwa 21 | | |
| telefon/ telefony | 89 742 11 43 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDICAL" MARIOLA KURPIEL-JĘDRZEJEK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dźwierzuty / 12-120 / ul. Szczycieńska 16 | | |
| telefon/ telefony: | 89 621 12 43 | | |
| identyfikator REGON | 511023652 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDICAL" MARIOLA KURPIEL-JĘDRZEJEK | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DŹWIERZUTY / 12-120 / SZCZYCIEŃSKA 16 | | |
| telefon/ telefony | 896211243 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "WAMED" Halina Ważna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jedwabno / 12-122 / ul. Wielbarska 5 | | |
| telefon/ telefony: | (089) 62 13 022 | | |
| identyfikator REGON | 510219258 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "WAMED" Halina Ważna | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jedwabno / 12-122 / Wielbarska 5 | | |
| telefon/ telefony | 896213022 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129 | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA "TROSKA" M.PAPROCHA, A.PAPROCHA SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piecki / 11-710 / ul. Zwycięstwa 21 | | |
| telefon/ telefony: | 89 742 11 43 | | |
| identyfikator REGON | 281356650 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA "TROSKA" M.PAPROCHA, A.PAPROCHA SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piecki / 11-710 / Zwycięstwa 21 | | |
| telefon/ telefony | 897421143 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ RAJMUND RUSIECKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Grodzieńska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 575 883 980 | | |
| identyfikator REGON | 790303473 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ RAJMUND RUSIECKI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK / 19-300 / GRODZIĘŃSKA 10 | | |
| telefon/ telefony | 535536886 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REMEDIUM S.C. HANNA BUDZYŃSKA- REICHEL, HALINA KUBIAK | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-092 / Aleja Obrońców Tobruku 15 / 1 | | |
| telefon/ telefony: | 089 527 49 20 | | |
| identyfikator REGON | 510895143 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REMEDIIUM S.C. HANNA BUDZYŃSKA- REICHEL, HALINA KUBIAK | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN / 10-092 / OBROŃCÓW TOBRUKU 15 lok 1 | | |
| telefon/ telefony | 89 5274920 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-01-15 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA-MED D.ŻERAŃSKA, M.SZWED, Z.CZARNIAWSKI SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-691 / ul. Balbiny Świtycz- Widackiej 3 | | |
| telefon/ telefony: | 895418660 | | |
| identyfikator REGON | 510899419 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA-MED D.ŻERAŃSKA, M.SZWED, Z.CZARNIAWSKI SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-691 / Świtycz-Widackiej 3 | | |
| telefon/ telefony | 895418660 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133 | | | |

| | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|----------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SORKWITACH- DARIUSZ KONIECZNY | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sorkwity / 11-731 / ul. Szkolna 3 | | | |
| telefon/ telefony: | (089) 742-81-76 602-704-807 | | | |
| identyfikator REGON | 510482777 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SORKWITACH- DARIUSZ KONIECZNY | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sorkwity / 11-731 / Szkolna 3 | | | |
| telefon/ telefony | 0897428176 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134 | | | | szczepienie personelu |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ " WOJ-MED" BOGUSŁAWA WOJTANIS | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korsze / 11-430 / ul. Władysława Reymonta 2 | | | |
| telefon/ telefony: | 089 754 0363 | | | |
| identyfikator REGON | 519613086 | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ " WOJ-MED" BOGUSŁAWA WOJTANIS | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korsze / 11-430 / Reymonta 2 | | | |
| telefon/ telefony | 897540363 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135 | | | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAKRZEWSKA-ROGALSKA" S.C.MAŁGORZATA ROGALSKA, KAROLINA ZAKRZEWSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-547 / ul. Michała Kajki 6 | | |
| telefon/ telefony: | 089- 5275991, 5275992 | | |
| identyfikator REGON | 519504954 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAKRZEWSKA-ROGALSKA" S.C.MAŁGORZATA ROGALSKA, KAROLINA ZAKRZEWSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-547 / Kajki 6 | | |
| telefon/ telefony | 895275991 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIĄTKACH EDYTA ILKIEWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świątki / 11-008 / 35 | | |
| telefon/ telefony: | 896169896 | | |
| identyfikator REGON | 510665377 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIĄTKACH EDYTA ILKIEWICZ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIĄTKI / 11-008 / 35 | | |
| telefon/ telefony | 896169896 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | | |
|---|--|------------------------------|--|------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | NOVAMED GALIŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Ogrodowa 19A | | | |
| telefon/ telefony: | 791611504 | | | |
| identyfikator REGON | 385342736 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | NOVAMED GALIŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / Juliana Tuwima 20/5u | | | |
| telefon/ telefony | 506516432 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | NZOZ FAMILVITA JOLANTA MATYSZCZYK-JUŚKIEWICZ MONIKA STELMACH LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-686 / Biskupa Tomasza Wilczyńskiego 27A | | | |
| telefon/ telefony: | 895412444 | | | |
| identyfikator REGON | 361549114 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | NZOZ FAMILVITA JOLANTA MATYSZCZYK-JUŚKIEWICZ MONIKA STELMACH LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-686 / Wilczyńskiego 27 A | | | |
| telefon/ telefony | 895412444 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139 | | | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "KONSyliUM" LEKARZE K. ŁASZCZEWSKA, D. BARTNIK, P. NIEMIER SPÓŁKA PARTNERSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-106 / Wyzwolenia 26/27 | | |
| telefon/ telefony: | 0-89 527-37-28 | | |
| identyfikator REGON | 510889384 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "KONSyliUM" LEKARZE K. ŁASZCZEWSKA, D. BARTNIK, P. NIEMIER SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-106 / Wyzwolenia 26/27 | | |
| telefon/ telefony | 895273728 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ USŁUGI LEKARSKIE MARIAN FELIKS WŁODZIMIERSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kruklanki / 11-612 / ul. Dworcowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 087 421 70 04, 421 70 59 | | |
| identyfikator REGON | 790281553 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ USŁUGI LEKARSKIE MARIAN FELIKS WŁODZIMIERSKI | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kruklanki / 11-612 / Dworcowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 874217004 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-08-18 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia " Markusy " - Jadwiga Arndt | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Markusy / 82-325 / 70/1 | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 55 231 71 17 | | |
| identyfikator REGON | 170742296 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia " Markusy " - Jadwiga Arndt | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gronowo Elbląskie / 82-335 / Elbląska 11A | | |
| telefon/ telefony | 552315602 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia " Markusy " - Jadwiga Arndt | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Markusy / 82-325 / Markusy 70/1 | | |
| telefon/ telefony | 552317117 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142 | | | |
| nazwa: | PODMIOT LECZNICZY "TWÓJ LEKARZ" ELŻBIETA I JERZY BUBEŁA SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Orneta / 11-130 / 1 Maja 13 | | |
| telefon/ telefony: | 055 242 38 88 | | |
| identyfikator REGON | 170735570 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PODMIOT LECZNICZY "TWÓJ LEKARZ" ELŻBIETA I JERZY BUBEŁA SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Orneta / 11-130 / 1 Maja 13 | | |
| telefon/ telefony | 552423888 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | | |
|---|---|------------------------------|--|------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA "DAR SERCA" - LEKARZE A. BŁAUT-KOTYŃSKA, B. PÓŁTORAK-OSIŃSKA, U. SKONIECZNA SPÓŁKA PARTNERSKA | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Jana Bażyńskiego 2 | | | |
| telefon/ telefony: | 55 234 65 31 | | | |
| identyfikator REGON | 170801580 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA "DAR SERCA" - LEKARZE A. BŁAUT-KOTYŃSKA, B. PÓŁTORAK-OSIŃSKA, U. SKONIECZNA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Bażyńskiego 2 | | | |
| telefon/ telefony | 552346531 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA PRO FAMILIA KRAJEWSKI, RADOMSKI SPÓŁKA JAWNA | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Reszel / 11-440 / ul. Kolejowa 2 | | | |
| telefon/ telefony: | 607243376 | | | |
| identyfikator REGON | 281358620 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA PRO FAMILIA KRAJEWSKI, RADOMSKI SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Reszel / 11-440 / ul. Kolejowa 2 | | | |
| telefon/ telefony | 897550038 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------------|---|
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA PRO FAMILIA KRAJEWSKI, RADOMSKI SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sątopy Samulewo / 11-230 / Sątopy Samulewo 28 | | |
| telefon/ telefony | 897187039 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2021-02-22 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIE MEDYCZNE AGNIESZKA SACZONEK | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-683 / ul. Augustowska 27 / 1 | | |
| telefon/ telefony: | 507063020 | | |
| identyfikator REGON | 280289667 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIE MEDYCZNE AGNIESZKA SACZONEK | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stawiguda / 11-034 / ul. Olsztyńska 13 | | |
| telefon/ telefony | 507063020 | | |
| Data dodania do wykazu | | 2021-01-04 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Braniewo / 14-500 / Moniuszki 13 | | |
| telefon/ telefony | 556208473 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147 | | | |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA "PROMEDICA" LEK. EWA DZIEKOŃSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Gizewo / 12-100 / 108 | | |
| telefon/ telefony: | 505419787 | | |
| identyfikator REGON | 510888551 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA "PROMEDICA" LEK. EWA DZIEKOŃSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świątajno / 12-140 / Grunwaldzka 13C | | |
| telefon/ telefony | 896226105 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148 | | | |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej "ESCU LAP" Agata Zborowska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYCHLIKI / 14-411 / RYCHLIKI 110 | | |
| telefon/ telefony: | 55 248 84 09 | | |
| identyfikator REGON | 170359775 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej "ESCU LAP" Agata Zborowska | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYCHLIKI / 14-411 / RYCHLIKI 110 | | |
| telefon/ telefony | 552491589 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego "Jaśminowa" Spółka Lekarska Gańko i Partnerzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Robotnicza 79 | | |
| telefon/ telefony: | 55 234 04 61 | | |
| identyfikator REGON | 170741664 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego "Jaśminowa" Spółka Lekarska Gańko i Partnerzy | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Robotnicza 79 | | |
| telefon/ telefony | 552340449 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO "MEDICUS I" - LEKARZE K.BARANOWSKI I PARTNERZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Królewiecka 195 | | |
| telefon/ telefony: | 55-234 54 64 | | |
| identyfikator REGON | 170741606 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO "MEDICUS I" - LEKARZE K.BARANOWSKI I PARTNERZY | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG / 82-300 / KRÓLEWIECKA 195 | | |
| telefon/ telefony | 552345464 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO "RAMED" M.SAKOWSKA, A.KOPERTOWSKA, R.SZCZYGIELSKA-ZWIERZYŃSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobre Miasto / 11-040 / ul. Pionierów 1 | | |
| telefon/ telefony: | 89 6161313 | | |
| identyfikator REGON | 511031670 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO "RAMED" M.SAKOWSKA, A.KOPERTOWSKA, R.SZCZYGIELSKA-ZWIERZYŃSKA SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobre Miasto / 11-040 / Pionierów 1 | | |
| telefon/ telefony | 896161313 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA "BART - MEDICA", BROMIRSKA I PARTNERZY - LEKARZE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / ul. Kardynała Wyszyńskiego 26 | | |
| telefon/ telefony: | 89-764-91-11 | | |
| identyfikator REGON | 510895396 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA "BART - MEDICA", BROMIRSKA I PARTNERZY - LEKARZE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / Kard.Wyszyńskiego 26 | | |
| telefon/ telefony | 897649111 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "HYGEIA" KANCLERZ I PARTNERZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Generała Józefa Bema 80 | | |
| telefon/ telefony: | 55 235 19 41 | | |
| identyfikator REGON | 280053344 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "HYGEIA" KANCLERZ I PARTNERZY | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Generała Józefa Bema 80 | | |
| telefon/ telefony | 552351941 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Lidia Palmi-Kukiełko | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ruciane-Nida / 12-220 / ul. Gałczyńskiego 14 | | |
| telefon/ telefony: | 608522839 | | |
| identyfikator REGON | 511317715 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Lidia Palmi-Kukiełko | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ruciane - Nida / 12-220 / Gałczyńskiego 14 | | |
| telefon/ telefony | 874232931 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA MEDIX GÓRSKI, KAŻMIERCZAK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wielbark / 12-160 / ul. Wojciecha Kętrzyńskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 89 621 81 58 | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 510734960 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA MEDIX GÓRSKI, KAŻMIERCZAK SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wielbark / 12-160 / Kętrzyńskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 662191983 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 'MEDKAM' SPÓŁKA JAWNA KAMIZELA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janowo / 13-113 / Przasnyska 60 | | |
| telefon/ telefony: | 89 6264017 | | |
| identyfikator REGON | 281370288 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 'MEDKAM' SPÓŁKA JAWNA KAMIZELA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janowo / 13-113 / Przasnyska 60 | | |
| telefon/ telefony | 896264017 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZY ULICY DŁUGIEJ CZESŁAWA WOŹNIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / ul. Długa 2 | | |
| telefon/ telefony: | (089) 624 37 78 | | |
| identyfikator REGON | 510416326 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------------|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZY ULICY DŁUGIEJ CZESŁAWA WOŹNIAK | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / Długa 2 | | |
| telefon/ telefony | 896243778 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158 | | | |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA W RUCIANEM- NIDZIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ruciane-Nida / 12-220 / ul. Polna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 0874236999 | | |
| identyfikator REGON | 381925688 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA W RUCIANEM- NIDZIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUCIANE-NIDA / 12-220 / POLNA 1 | | |
| telefon/ telefony | 874236999 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159 | | | |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Grodziczno / 13-324 / 17B | | |
| telefon/ telefony: | 056-4729127 | | |
| identyfikator REGON | 870373859 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
|---|--|----------------------------------|--|------------|
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNI | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrocno / 13-324 / Mrocno 14 | | | |
| telefon/ telefony | 564741118 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNI | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Grodziczno / 13-324 / Nowe Grodziczno 17b | | | |
| telefon/ telefony | 564729127 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | Radosław Kędzia Prywatna Praktyka Lekarska; Przychodnia KEMED | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wąbrzeźno / 87-200 / ul. Matejki 20c | | | |
| telefon/ telefony: | 602125588, 734414517 | | | |
| identyfikator REGON | 871554847 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Radosław Kędzia Prywatna Praktyka Lekarska; Przychodnia KEMED | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudzienice / 14-204 / Sportowa 5 | | | |
| telefon/ telefony | 896402225 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
|---|--|-----------------------|--|------------|
| nazwa: | Radosław Kędzia Prywatna Praktyka Lekarska; Przychodnia KEMED | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbrowo / 14-241 / Szkolna 16 | | | |
| telefon/ telefony | 896481167 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Radosław Kędzia Prywatna Praktyka Lekarska; Przychodnia KEMED-Punkt szczepień Iława 1 | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iława/14-200/ul. Wiejska 2d | | | |
| telefon/ telefony | 734414517 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-03-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Radosław Kędzia Prywatna Praktyka Lekarska; Przychodnia KEMED-Punkt szczepień Iława 2 | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iława/14-200/ul. Niepodległości 11b | | | |
| telefon/ telefony | 734414517 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-03-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Aktywności Lokalnej w Iławie | | PSP 5 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iława/14-200/ul. Wiejska 2d | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 539-653-953 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | RODZINA SPÓŁKA PARTNERSKA GRYKIN, KLIMKO, HUZARSKA - LEKARZE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / ul. Andrzeja Witolda Wajdy 10 | | |
| telefon/ telefony: | 89-762-23-52 | | |
| identyfikator REGON | 510893902 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | RODZINA SPÓŁKA PARTNERSKA GRYKIN, KLIMKO, HUZARSKA - LEKARZE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / Wajdy 10 | | |
| telefon/ telefony | 897622352 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | RODZINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iława / 14-200 / ul. Aleja Jana Pawła II 14 | | |
| telefon/ telefony: | 89 649 22 60 | | |
| identyfikator REGON | 510895002 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | RODZINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iława / 14-200 / Al. Jana Pawła II 14 | | |
| telefon/ telefony | 896499261 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163 | | | |

| | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|----------------------------------|
| nazwa: | Ryszard Bąk | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-461 / ul. Pana Tadeusza 6 | | | |
| telefon/ telefony: | 089- 5339981 | | | |
| identyfikator REGON | 510327835 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Ryszard Bąk | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-461 / Pana Tadeusza 5 | | | |
| telefon/ telefony | 895339981 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 2021-04-28 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | rodzaj punktu* |
| nazwa: | Ryszard Bąk | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-693 / gen. Józefa Hallera 4 | | | |
| telefon/ telefony | 895416404 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 2021-04-28 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164 | | | | szczepienie personelu |
| nazwa: | SALUMAR LEKARZE MAREK PERLIŃSKI, BEATA DZIEWULSKA PERLIŃSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartąg / 10-687 / ul. Nad Łyną 64/ 1 | | | |
| telefon/ telefony: | 89 5415802, 509041509 | | | |
| identyfikator REGON | 280121620 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | SALUMAR LEKARZE MAREK PERLIŃSKI, BEATA DZIEWULSKA PERLIŃSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 2 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartąg / 10-687 / Nad Łyną 64/1 | | | |
| telefon/ telefony | 735406858 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SALUMAR LEKARZE MAREK PERLIŃSKI, BEATA DZIEWULSKA PERLIŃSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gietrzwałd / 11-360 / Źródłana 43835 | | |
| telefon/ telefony | 735406854 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SALUMAR LEKARZE MAREK PERLIŃSKI, BEATA DZIEWULSKA PERLIŃSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sząbruk / 11-036 / Samulowskiego 3 | | |
| telefon/ telefony | 690996456 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165 | | | |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dywity / 11-001 / ul. Jeżynowa 16 | | |
| telefon/ telefony: | 895120122 | | |
| identyfikator REGON | 510969887 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dywity / 11-001 / Jeżynowa 16 | | |
| telefon/ telefony | 895120122 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Tomasz Malich | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński / 11-100 / ul. 11 Listopada 15 | | |
| telefon/ telefony: | 89 767 67 00 | | |
| identyfikator REGON | 510397899 | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Tomasz Malich | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński / 11-100 / 11-go listopada 15 | | |
| telefon/ telefony | 897676700 | | POP 1 |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MAZUR-MED" POMIEĆKO SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo / 11-700 / Osiedle Mazurskie 33 A | | |
| telefon/ telefony: | 089-741-74-10 | | |
| identyfikator REGON | 510998297 | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MAZUR-MED" POMIEĆKO SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo / 11-700 / Os.Mazurskie 33a | | |
| telefon/ telefony | 897417410 | | POP 1 |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168 | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KOWALACH OLECKICH | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kowale Oleckie / 19-420 / ul. Witosa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 87 5238750, 875238206 | | |
| identyfikator REGON | 790307070 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KOWALACH OLECKICH | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWALE OLECKIE / 19-420 / WITOSA 1 | | |
| telefon/ telefony | 87 5238206 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MAŁDYTACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Małdyty / 14-330 / ul. Przemysłowa 10 | | |
| telefon/ telefony: | 897586079 | | |
| identyfikator REGON | 510927104 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MAŁDYTACH | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁDYTY / 14-330 / PRZEMYSŁOWA 10 | | |
| telefon/ telefony | 897586079 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W WIELICZKACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieliczki / 19-404 / ul. Jeziorna 14 | | |
| telefon/ telefony: | 087-521-42-65 | | |
| identyfikator REGON | 790670390 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W WIELICZKACH | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKI / 19-404 / JEZIORNA 14 | | |
| telefon/ telefony | 875214265 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rybnie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rybno / 13-220 / ul. Zajeziorna 58 | | |
| telefon/ telefony: | 23 6966024, 23 6966833 | | |
| identyfikator REGON | 130314249 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rybnie | | POP 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rybno / 13-220 / Zajeziorna 58 | | |
| telefon/ telefony | 23 6966024, 23 6966833 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKO - GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ORZYSZU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Orzysz / 12-250 / ul. Ogrodowa 12 | | |
| telefon/ telefony: | 87 4237296 | | |
| identyfikator REGON | 790306193 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKO - GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ORZYSZU | | POP 1 |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Orzysz / 12-250 / Ogrodowa 12 | | |
| telefon/ telefony | 874237296 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173 | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biskupiec / 13-340 / ul. Lipowa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 56 474-50-09; 474-50-74 | | |
| identyfikator REGON | 510876625 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biskupiec / 13-340 / Lipowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 564745074 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174 | | | |
| nazwa: | SNZPOZ PRZYCHODNIA ZATORZE BRYGIDA GULDA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Lotnicza 51 | | |
| telefon/ telefony: | 55 233 65 74 | | |
| identyfikator REGON | 170298832 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | SNZPOZ PRZYCHODNIA ZATORZE BRYGIDA GULDA | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG / 82-300 / LOTNICZA 51 | | |
| telefon/ telefony | 552336574 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175 | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa: | Spółka Cywilna - Jarosław Podgórski, Joanna Pleskowicz | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Barciany / 11-410 / ul. Floriana Piotrowskiego 1 A / 1 | | |
| telefon/ telefony: | 0-89-753 10 25 | | |
| identyfikator REGON | 510882465 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Spółka Cywilna - Jarosław Podgórski, Joanna Pleskowicz | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARCIANY / 11-410 / PIOTROWSKIEGO 1A/1 | | |
| telefon/ telefony | 897531025 | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-12-30 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176 | | | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "CORDIS" SŁAWOMIRA GOLUBIEWSKA, ANNA ŻŁOTKOWSKA, MONIKA GOLUBIEWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C "CORDIS" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bargłów Kościelny / 16-320 / ul. Augustowska 21 | | |
| telefon/ telefony: | 87 642 40 01 | | |
| identyfikator REGON | 790748028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "CORDIS" SŁAWOMIRA GOLUBIEWSKA, ANNA ŻŁOTKOWSKA, MONIKA GOLUBIEWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C "CORDIS" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żytkiejmy / 19-505 / Lipowa 16 | | |
| telefon/ telefony | 876159718 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | | |
|---|--|------------------------------|--|------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "SROK-MED" MONIKA OSTROWSKA-KASPRZAK, CHOCIEŁOWSKI PIOTR | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Srokowo / 11-420 / ul. Ludowa 2 | | | |
| telefon/ telefony: | 0 89 7534005 | | | |
| identyfikator REGON | 510895367 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "SROK-MED" MONIKA OSTROWSKA-KASPRZAK, CHOCIEŁOWSKI PIOTR | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Srokowo / 11-420 / Ludowa 2 | | | |
| telefon/ telefony | 897534005 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA PIMABA JOANNA PISKÓRZ-WAPIŃSKA, BOŻENNA EMERLA-MARZAK, JOWITA BARTUZI, TOMASZ BARTUZI | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostróda / 14-100 / ul. Jana III Sobieskiego 3 C / 42 | | | |
| telefon/ telefony: | 646-72-46 | | | |
| identyfikator REGON | 511033099 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA PIMABA JOANNA PISKÓRZ-WAPIŃSKA, BOŻENNA EMERLA-MARZAK, JOWITA BARTUZI, TOMASZ BARTUZI | | POP 2 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRODA / 14-100 / JANA III SOBIESKIEGO 3C/42 | | | |
| telefon/ telefony | 896467246 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "DUŻY MEDYK" ŁUBA I PARTNERZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Jana Myliusza 20 | | |
| telefon/ telefony: | 55 232 25 65 | | |
| identyfikator REGON | 170741345 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "DUŻY MEDYK" ŁUBA I PARTNERZY | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Myliusza 20 | | |
| telefon/ telefony | 552322565 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "ZDROWIE" GONSIOR I PARTNERZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Generała Józefa Bema 80 | | |
| telefon/ telefony: | 55 233-69-85; 55 233 55 05 | | |
| identyfikator REGON | 170741813 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "ZDROWIE" GONSIOR I PARTNERZY | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Generała Józefa Bema 80 | | |
| telefon/ telefony | 552335505 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181 | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa: | SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - MAREK CHOJNOWSKI, WŁODZIMIERZ GRYCKO, PIOTR MACIEJ IWANOWSKI, HANNA KOBRZYŃSKA-DUDA, AGNIESZKA STACEWICZ-GŁOWACKA, WIKTOR SZYMAŃSKI | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Wileńska 23 | | |
| telefon/ telefony: | 55 239 45 70 | | |
| identyfikator REGON | 170987000 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - MAREK CHOJNOWSKI, WŁODZIMIERZ GRYCKO, PIOTR MACIEJ IWANOWSKI, HANNA KOBRZYŃSKA-DUDA, AGNIESZKA STACEWICZ-GŁOWACKA, WIKTOR SZYMAŃSKI | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Komeńskiego 35 | | |
| telefon/ telefony | 55 2394520 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE "ZDROWIE" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Henryka Sienkiewicza 4 / 29 A | | |
| telefon/ telefony: | 087 423 24 72 | | |
| identyfikator REGON | 519556690 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE "ZDROWIE" | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / Sienkiewicza 4 | | |
| telefon/ telefony | 874241620 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183 | | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa: | STURLIS I PIASECKI - LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pilnik / 11-100 / 14 | | |
| telefon/ telefony: | (89) 767 34 84 | | |
| identyfikator REGON | 170938935 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | STURLIS I PIASECKI - LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pilnik / 11-100 / Pilnik 14 | | |
| telefon/ telefony | 897673484 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | VOXEL Spółka Akcyjna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265 | | |
| telefon/ telefony: | 512 099 062 | | |
| identyfikator REGON | 120067787 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | VOXEL Spółka Akcyjna | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Teatralna 5 | | |
| telefon/ telefony | 576786373 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | WARMIŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE PÓŁTORZYCKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Franknowo / 11-320 / 32/3 | | |
| telefon/ telefony: | 89 718-27-36 | | |
| identyfikator REGON | 281354160 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
|---|--|--------------------------|---|------------|
| nazwa: | WARMIŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE PÓŁTORZYCKI SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Franknowo / 11-320 / Franknowo 32/3 | | | |
| telefon/ telefony | 50245171 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186 | | | | |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ- MIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LUBAWIE | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubawa / 14-260 / ul. Rzepnikowskiego 20 | | | |
| telefon/ telefony: | 89 645 32 14 | | | |
| identyfikator REGON | 510891688 | | | |
| | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ- MIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LUBAWIE | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAWA / 14-260 / RZEPNIKOWSKIEGO 20 | | | |
| telefon/ telefony | 896453232 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187 | | | | |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biszynek / 11-230 / ul. Tadeusza Kościuszki 5 | | | |
| telefon/ telefony: | 666 454 141 | | | |
| identyfikator REGON | 383880694 | | | |
| | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | POP 1 | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bisztynek / 11-230 / Tadeusza Kościuszki 5 | | |
| telefon/ telefony | 577835281 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janowiec Kościelny / 13-111 / - 149 | | |
| telefon/ telefony | 732952760 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłakowo / 14-310 / Mikołaja Kopernika 17 | | |
| telefon/ telefony | 731927542 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giedajty / 11-042 / ul. Lipowa 5 | | |
| telefon/ telefony | 577842108 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-03-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "OMNIA" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Królewiecka 195 | | |
| telefon/ telefony: | 55 611 02 78; 55 611 02 79 | | |
| identyfikator REGON | 170733593 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "OMNIA" S.C. | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG / 82-300 / KRÓLEWIECKA 195 | | |
| telefon/ telefony | 556110279 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Usług Medycznych "PRO VITA" s.c. Zofia A.Kowalczyk, Witold J.Kowalczyk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Konwaliowa 47 | | |
| telefon/ telefony: | 087-610-44-64 | | |
| identyfikator REGON | 790667790 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Usług Medycznych "PRO VITA" s.c. Zofia A.Kowalczyk, Witold J. Kowalczyk | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony | 731435218 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | POLMED SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Starogard Gdański / 83-200 / os. Mikołaja Kopernika 21 | | |
| telefon/ telefony: | 58 775 95 25 | | |
| identyfikator REGON | 192110780 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE POLMED | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-457 / Wyszyńskiego 5B | | |
| telefon/ telefony | 887402763 | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-08 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Przychdnia Lekarska Regenerum Clinic Kamil Jakubowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 11-041 / ul. Liliowa 15 / U2 | | |
| telefon/ telefony: | 736875120 | | |
| identyfikator REGON | 280109458 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychdnia Lekarska Regenerum Clinic Kamil Jakubowski | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 11-041 / ul. Liliowa 15 / U2 | | |
| telefon/ telefony | 737999699 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | AMBULATORIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Michael Bazela | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Topolowa 28 | | |
| telefon/ telefony: | 604115112 | | |
| identyfikator REGON | 384913898 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | AMBULATORIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Michael Bazela | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Topolowa 28 | | |
| telefon/ telefony | 608202021 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MAREK MICHNIEWICZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "IMPULS" | | |

| | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Spychowo / 12-150 / ul. Mazurska 22 | | | |
| telefon/ telefony: | 693749004 | | | |
| identyfikator REGON | 510226790 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | MAREK MICHNIEWICZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "IMPULS" | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Spychowo / 12-150 / ul. Mazurska 22 | | | |
| telefon/ telefony | 693749004 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | MAREK MICHNIEWICZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "IMPULS" | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ruciane-Nida / 12-221 / ul. Guzianka 7 | | | |
| telefon/ telefony | 693749004 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | Paweł Bazela | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Gdyńska 51 | | | |
| telefon/ telefony: | 606272268 | | | |
| identyfikator REGON | 280074300 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Paweł Bazela | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Gdyńska 51 | | | |
| telefon/ telefony | 607224939 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195 | | | | |

| | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|------------|
| nazwa: | WARSAW GENOMICS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" SPÓŁKA KOMANDYTOWA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa / 01-682 / ul. Kiwerska 33A | | | |
| telefon/ telefony: | 508500679 | | | |
| identyfikator REGON | 361337464 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | WARSAW GENOMICS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE/ 11-220 / ul. Plac Ratuszowy 6 | | | |
| telefon/ telefony | 883668861 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | "Warsaw Genomics sp. z o.o." spółka komandytowa - gabinet lekarski Kandyty | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kandyty / 11-220 / Kandyty 10A | | | |
| telefon/ telefony | 883668861 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-03-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 2021-07-22 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | "Warsaw Genomics sp. z o.o." spółka komandytowa - gabinet lekarski Kandyty | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieszkowo / 11-220 / Pieszkowo 13 | | | |
| telefon/ telefony | 883668861 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-03-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 2021-07-22 |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------|---|
| nazwa: | "Warsaw Genomics sp. z o.o." spółka komandytowa - gabinet lekarski Kandyty | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamińsk / 11-220 / ul. Topolowa 8A | | |
| telefon/ telefony | 883668861 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-03-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-07-22 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196 | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POMOC" LIPOWIEC BOGUSŁAWA OLCZYK | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipowiec/ 12-100 / Lipowiec 20A | | |
| telefon/ telefony: | 896220002 | | |
| identyfikator REGON | 510235435 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POMOC" LIPOWIEC BOGUSŁAWA OLCZYK | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipowiec/ 12-100 / Lipowiec 20A | | |
| telefon/ telefony | 896220002 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197 | | | |
| nazwa: | Elmed Szczytno Sp. z o.o. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / ul. Gnieźnińska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 896232560 | | |
| identyfikator REGON | 510946521 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Elmed Szczytno Sp. z o.o. | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pasym / 12-130 / ul. Pocztowa 3 | | POP 1 |
| telefon/ telefony | 896212185 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198 | | | |
| nazwa: | Przychodnia we Fromborku Lekarze J.Sadocha, H. Chybińska Spółka Partnerska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Frombork / 14-530 / ul. Młynarska 4A/4 | | |
| telefon/ telefony: | 55 243 73 19 | | |
| identyfikator REGON | 281497066 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia we Fromborku Lekarze J.Sadocha, H. Chybińska Spółka Partnerska | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Frombork / 14-530 / ul. Młynarska 4A/4 | | |
| telefon/ telefony | 552 437 319 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "REMEDIUM" Cyranowski Andrzej | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prostki /19-335/ ul. 1 Maja 15A | | |
| telefon/ telefony: | 876112055 | | |
| identyfikator REGON | 790276322 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "REMEDIUM" Cyranowski Andrzej | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prostki /19-335/ ul. 1 Maja 15A | | |
| telefon/ telefony | 876112960 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200 | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| nazwa: | Przychodnia Specjalistyczna w Olsztynie | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-437/ ul. Dworcowa 28 | | |
| telefon/ telefony: | 895373275 | | |
| identyfikator REGON | 510876884 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Specjalistyczna w Olsztynie | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-437/ ul. Dworcowa 28 | | |
| telefon/ telefony | 895373275 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Przychodnia Specjalistyczna w Olsztynie | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-437/ ul. Dworcowa 28 | | |
| telefon/ telefony | 895373275 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SANITAS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pozezdrze / 11-610 / ul. 1 Maja 1C | | |
| telefon/ telefony: | 874279016 | | |
| identyfikator REGON | 510918507 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SANITAS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pozezdrze / 11-610 / ul. 1 Maja 1C | | |
| telefon/ telefony | 874279016 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICA ANTOŃCZYK ŻURALSKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rożental / 14-260 / Rożental 123A | | |
| telefon/ telefony: | 896451110 | | |
| identyfikator REGON | 280196010 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICA ANTOŃCZYK ŻURALSKI SPÓŁKA JAWNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rożental / 14-260 / Rożental 123A | | |
| telefon/ telefony | 896451110 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 13-324 / NOWE GRODZICZNO / 17B | | |
| telefon/ telefony: | 564729127 | | |
| identyfikator REGON | 280281341 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 13-300 / NOWE MIASTO LUBAWSKIE /ul. GRUNWALDZKA 3A | | |
| telefon/ telefony | 508384365 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-01-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA STANISŁAW SZPANELEWSKI | | |

| | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 14-260 / LUBAWA / ul. GDAŃSKA 17/3 | | | |
| telefon/ telefony: | 505396149 | | | |
| identyfikator REGON | 870189831 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA STANISŁAW SZPANELEWSKI | | POP 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 14-260 / LUBAWA / ul. GDAŃSKA 17/3 | | | |
| telefon/ telefony | 505396149 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-01-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO "PORADNIA RODZINNA" JOLANTA KOPCZYŃSKA | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-040 / DOBRE MIASTO / ul. OLSZTYŃSKA 3 | | | |
| telefon/ telefony: | 896161213 | | | |
| identyfikator REGON | 510367190 | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO "PORADNIA RODZINNA" PUNKT SZCZEPIEŃ | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-040 / DOBRE MIASTO / ul. OLSZTYŃSKA 3 | | | |
| telefon/ telefony | 896161213 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-02-03 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA JAROSŁAW BULEJAK | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 10-691 / OLSZTYN / UL. WŁADYSŁAWA GĘBIKA 2/34 | | | |
| telefon/ telefony: | 796190366 | | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 511345901 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA JAROSŁAW BULEJAK | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 10-691 / OLSZTYN / UL. WŁADYSŁAWA GĘBIKA 2/34 | | |
| telefon/ telefony | 796190366 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-02-09 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SPECMED" ADAM MARIUSZ MILLER | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 19-300 / EŁK / ul. Gdańska 17 | | |
| telefon/ telefony: | 876215000 | | |
| identyfikator REGON | 79029125000056 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SPECMED" ADAM MARIUSZ MILLER - PUNKT SZCZEPIEŃ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 19-300 / EŁK / ul. JANA PAWŁA II 26 | | |
| telefon/ telefony | 87 621 50 00 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-03-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208 | | | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "MED-J.A.R." | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-510 / Wydminy / ul. Giżycka 6 | | |
| telefon/ telefony: | 874210134 | | |
| identyfikator REGON | 511035371 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "MED-J.A.R." | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-510 / Wydminy / ul. Giżycka 6 | | |
| telefon/ telefony | 874210134 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-03-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209 | | | |
| nazwa: | "MEDYK" STASZKIEWICZ-ŻEJMO I PARTNER- LEKARZE | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-220 / Górowo Iławeckie / ul. Sikorskiego 19 | | |
| telefon/ telefony: | 897611054 | | |
| identyfikator REGON | 510964039 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "MEDYK" STASZKIEWICZ-ŻEJMO I PARTNER- LEKARZE | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-220 / Górowo Iławeckie / ul. Sikorskiego 19 | | |
| telefon/ telefony | 897611054 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-03-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210 | | | |
| nazwa: | S.C. MEDYK - MIROSŁAW PODLASKI, WIOLETTA PODLASKA, MARIA SKRZYPKOWSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-730 / Mikołajki / ul. Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 511267100 | | |
| identyfikator REGON | 511356313 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | S.C. MEDYK - MIROSŁAW PODLASKI, WIOLETTA PODLASKA, MARIA SKRZYPKOWSKA | | POP 1 |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 11-730 / Mikołajki / ul. Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony | 511267100 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-03-10 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zakład Leczniczy Eskulap Spółka z o. o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko/19-400/ ul. 11 Listopada 23 | | |
| telefon/ telefony: | 875202762 | | |
| identyfikator REGON | 790374616 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Zakład Leczniczy Eskulap Spółka z o. o. | | PSP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko/19-400/ ul. 11 Listopada 23 | | |
| telefon/ telefony | 875202762 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-26 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Eskulap" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto Lubawskie/13-300/ ul. Grunwaldzka 3A | | |
| telefon/ telefony: | 508384365 | | |
| identyfikator REGON | 280281341 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Eskulap" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | POP 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto Lubawskie/13-300/ ul. Grunwaldzka 3A | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 508384365 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NU - MED GRUPA SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/82-300/ul. Królewiecka 146 | | |
| telefon/ telefony: | 552358937 | | |
| identyfikator REGON | 519455718 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NU - MED GRUPA SPÓŁKA AKCYJNA | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/82-300/ul. Królewiecka 146 | | |
| telefon/ telefony | 552358937 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SPZOZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Braniewo/14-500/ul. Stefczyka 11 | | |
| telefon/ telefony: | 552442364 | | |
| identyfikator REGON | 170774238 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SPZOZ - PUNKT SZCZEPIEŃ | | POP 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Braniewo/14-500/ul. Stefczyka 11 | | |
| telefon/ telefony | 552442364 | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Olsztynie | | |

| | | | | |
|---|--|------------------------------|--|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn/10-449/ul. Aleja Marszałka Józefa Piłsudskiego 71A | | | |
| telefon/ telefony: | 896788300 | | | |
| identyfikator REGON | 51053305500033 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Olsztynie | | POP 3 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn/10-449/ul. Aleja Marszałka Józefa Piłsudskiego 71A | | | |
| telefon/ telefony | 896788300 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-17 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska Teodor Mączyński | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno/ 12-100 /ul. Żeromskiego 7 | | | |
| telefon/ telefony: | 533900050 | | | |
| identyfikator REGON | 369359152 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) | |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska Teodor Mączyński | | POP 6 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno/ 12-100 /ul. Żeromskiego 7 | | | |
| telefon/ telefony | 533900050 | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-24 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | Opieka Długoterminowa Górską,Tkacz Pielęgniarska Spółka Partnerska | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wadąg/ 10-373 /ul. Jana Kochanowskiego 11 | | | |
| telefon/ telefony: | 603423773 | | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 281355076 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Opieka Długoterminowa Górską,Tkacz Pielęgniarska Spółka Partnerska | | POP 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wadąg/ 10-373 /ul. Jana Kochanowskiego 11 | | |
| telefon/ telefony | 603423773 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-06-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 218 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Dyżurna Pojezierze FARM3 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ruda Śląska/ 41-709/ Piotra Niedurnego 83 | | |
| telefon/ telefony: | 723 222 426 | | |
| identyfikator REGON | 363131577 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Dr.Max | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo/ 13-200/ Nidzicka 10 | | 2 |
| telefon/ telefony | 23 697 78 94 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 21.06.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 219 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Gemini Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdańsk/ 80-463/ Żwirki i Wigury 8/4 | | |

| | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 58 770 18 84 | | |
| identyfikator REGON | 362559155 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn/ 10-538/ Dąbrowszczaków 1/41 | | 3 |
| telefon/ telefony | 89 523 70 88 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 21.06.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/ 82-300 / 12 lutego 34 | | 2 |
| telefon/ telefony | 55 2351317 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 10.08.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 220 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Gemini Pharm Sp. z o. o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/ 81-368/ Świętojańska 16 | | |
| telefon/ telefony: | 58 620 86 11 | | |
| identyfikator REGON | 363362986 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iława/ 14-202/ Sobieskiego 45 | | 3 |
| telefon/ telefony | 89 648 63 45 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 21.06.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 221 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Dyżurna Sp. z o. o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice/ 40-058/ Marii Skłodowskiej-Curie 22/43 | | |
| telefon/ telefony: | 723 222 426 | | |
| identyfikator REGON | 367443240 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Dr.Max | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/ 82-300/ Gwiazdna 23 | | |
| telefon/ telefony | 55 237 77 88 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | | | 30.06.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 222 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Apteka "Gemini" Hütter Sp. z o. o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wejherowo/ 84-202/ Harcerska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 58 770 18 80 | | |
| identyfikator REGON | 192971708 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno/ 12-100/ Kościuszki 19 | | |
| telefon/ telefony | 89 624 84 39 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-07-27 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łłk/19-300/Armii Krajowej 19 | | |
| telefon/ telefony | 87 6107519 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-08-02 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łłk/19-300/Mickiewicza 10B | | |
| telefon/ telefony | 877328149 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-08-02 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz/12-200/ Rybacka 2/3 | | |
| telefon/ telefony | 874235762 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-08-02 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 223 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | BRATEK 2 spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łódź/ 94-406 / Kinga C. Gillette | | |
| telefon/ telefony: | 736 697 586 | | |
| identyfikator REGON | 281632707 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------|---|
| nazwa/ nazwa apteki: | Dbam o Zdrowie | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-576 / Marszałka Józefa Piłsudskiego 2/8 | | |
| telefon/ telefony | 736 697 586 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-07-27 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 224 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA LAWENDOWA s.c. Monika Bielawska Elżbieta Szarecka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-124 / Grunwaldzka 24/13 | | |
| telefon/ telefony: | 89-535-33-50 | | |
| identyfikator REGON | 280488355 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Lawendowa | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-124 / Grunwaldzka 24/13 | | |
| telefon/ telefony | 89 5353350 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-08-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 225 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DYŻURNA PÓŁNOC FARM4 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ spółka jawna | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia / 81-304 / Śląska 53/B102 | | |
| telefon/ telefony: | 897414744 | | |
| identyfikator REGON | 221981202 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Dr. Max | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo / 11-700 / Młynowa 1B | | |
| telefon/ telefony | 897414744 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-08-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 226 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA "NA ROZDROŻU" ANNA DYBICH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kisielice / 14-220 / Jagiellońska 7 | | |
| telefon/ telefony: | 55 2756051 | | |
| identyfikator REGON | 170126611 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA NA ROZDROŻU | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kisielice / 14-220 / Jagiellońska 7 | | |
| telefon/ telefony | 55 2756051 | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-08-16 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 227 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "Familijna" Wszyńska i Wspólnicy Sp. J. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap/ 19-500 / Plac Zwycięstwa 18 | | |
| telefon/ telefony: | 87 615 49 03 | | |
| identyfikator REGON | 510928569 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---------------------------------------|----------------|---|
| nazwa/ nazwa apteki: | DOZ APTEKA. DBAM O ZDROWIE. FAMILIJNA | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / Plac Zwycięstwa 18 | | |
| telefon/ telefony | 87 615 49 03 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-08-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

Załącznik 7 A. Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 przez zespoły wyjazdowe szczepiące wyłącznie w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | |
|--|--------------------------------------|
| nazwa: | Olmedica w Olecku Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko /19-400/ ul. Gołdapska 1 |
| telefon/ telefony: | 791854000 |
| identyfikator REGON | 519558690 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat olecki, gołdapski | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | |
| nazwa: | Giżycka Ochrona Zdrowia Sp. zo.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / ul. Warszawska 41 |
| telefon/ telefony: | 874296642 |
| identyfikator REGON | 385294919 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat giżycki, węgorzewski | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | |
| nazwa: | Pro- Medica w Ełku SP. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / Baranki 24 |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony: | 726554500 |
| identyfikator REGON | 510996861 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat etcki | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | |
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / ul. Kardynała Wyszyńskiego 11 |
| telefon/ telefony: | 734467854 |
| identyfikator REGON | 000308436 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat bartoszycki, lidzbarski | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | |
| nazwa: | Szpital w Ostródzie S.A. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostróda / 14-100 / ul. Władysława Jagiełły 1 |
| telefon/ telefony: | 609710738 |
| identyfikator REGON | 511398725 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat ostródzki | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / ul. M.C Skłodowskiej 12 |
| telefon/ telefony: | 724320112 |
| identyfikator REGON | 519483005 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat szczywieński, piski, nidzicki | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | |

| | |
|---|---|
| nazwa: | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-602 / ul. Pstrowskiego 28b |
| telefon/ telefony: | 895272222 |
| identyfikator REGON | 511332933 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: miasto Olsztyn i powiat olsztyński | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-31 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | |
| nazwa: | Szpital Mrągowski im. Michała Kajki sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo / 11-700 / ul. Wolności 3 |
| telefon/ telefony: | 887343206 |
| identyfikator REGON | 510938349 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat mrągowski, kętrzyński | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Ul. Leśna 1 |
| telefon/ telefony: | 236972211 w. 233 |
| identyfikator REGON | 000310172 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat działdowski | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | |
| nazwa: | Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łąwa / 14-200 / ul. Andersa 3 |
| telefon/ telefony: | 518702453 |
| identyfikator REGON | 510879196 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat ławski | 1 |

| | |
|--|---|
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | |
| nazwa: | Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Pasłęku |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pasłęk / 14-400 / ul. Kopernika 24a |
| telefon/ telefony: | 552491590 |
| identyfikator REGON | 280450772 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat elbląski | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-02-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biskupiec / 13-340 / ul. Lipowa 7 |
| telefon/ telefony: | 564745074 |
| identyfikator REGON | 510876625 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiat nowomiejski | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | |
| nazwa: | Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Komeńskiego 35 |
| telefon/ telefony: | 552394541 |
| identyfikator REGON | 281098840 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: miasto Elbląg | 3 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Medyczne sp. z o.o. w Braniewie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Braniewo / 14-500 / ul. Moniuszki 13 |
| telefon/ telefony: | 503607726 |
| identyfikator REGON | 280242068 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
|---|---|
| obszar działania: powiat braniewski | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-04 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | |
| nazwa: | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA KOMANDYTOWA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-513 / ul. Kopernika 44 |
| telefon/ telefony: | 508777223 |
| identyfikator REGON | 382992698 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: miasto Olsztyn i powiat olsztyński | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-05-11 |

Załącznik 7 B. Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 - tymczasowe punkty szczepień

| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | np. Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ | |
|--|---|-----------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | |
| nazwa: | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań/60-118/ul. Krzywa 13 | |
| telefon/ telefony: | 61 83 92 662 | |
| identyfikator REGON | 634254014 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-Stacja Dializ-Ostróda | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostróda/14-100/Jagiełły 1 | |
| telefon/ telefony | 89 642 50 40 | |

| | | |
|---|--|------------------------|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-Stacja Dializ-Ełk | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk/19-300/Baranki 24 | |
| telefon/ telefony | 87 6202 251 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | liczba zespołów |
| nazwa: | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-Stacja Dializ-Mrągowo | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo/11-700/ul. Wolności 12 | |
| telefon/ telefony | 89 741 94 31 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | |
| nazwa: | DIAVERUM POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-769/ul. Cylichowska 13/15 | |
| telefon/ telefony: | 225160600 | |
| identyfikator REGON | 140878910 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | DIAVERUM POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-Stacja Dializ-Giżycko | 1 |

| | | |
|---|---|------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko/11-500/ul. Kościuszki 24a | |
| telefon/ telefony | 874281803 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | DIAPERUM POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-Stacja Dializ-Iława | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iława/14-200/ul. gen. Władysława Andersa 3 | |
| telefon/ telefony | 896495638 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | |
| nazwa: | DAVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/54-202/ul. Legnicka 48 BUD F | |
| telefon/ telefony: | 71 342 98 50 | |
| identyfikator REGON | 145884498 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | DAVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-Stacja Dializ-Elbląg | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/82-300/Związku Jaszczurczego 22 | |
| telefon/ telefony | 55 23 35 501 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | |
| nazwa: | NU - MED GRUPA SPÓŁKA AKCYJNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/82-300/ul. Królewiecka 146 | |
| telefon/ telefony: | 552358937 | |
| identyfikator REGON | 519455718 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
|---|-----------------------------------|-----------------|
| nazwa: | NU - MED GRUPA SPÓŁKA AKCYJNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/82-300/ul. Królewiecka 146 | |
| telefon/ telefony | 552358937 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-10 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-05-07 | |

Załącznik 8. Wykaz podmiotów udzielających świadczeń dializoterapii ambulatoryjnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń |
|---|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia | X |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru | X |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

Załącznik 9. Wykaz podmiotów udzielających świadczenie - Dodatkowy koszt pobytu pacjenta COVID-19 niezawarty w kosztach JGP

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń |
|---|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | X |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-23 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne | X |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-23 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

Załącznik 10. Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących rehabilitację stacjonarną świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/JAGIELLOŃSKA 78 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 532 29 18 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000295739 | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACJI PULMONOLOGICZNEJ | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/JAGIELLOŃSKA 78 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 532 29 18 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE ŁAWECKIM | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO ŁAWECKIE/11-220/ARMII KRAJOWEJ 24 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 762 70 60; 89 762 70 64; 89 762 70 62 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294616 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACYJNY | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO ŁAWECKIE/11-220/ARMII KRAJOWEJ 24 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 762 70 60; 89 762 70 64; 89 762 70 62 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO ŁAWECKIE/11-220/ARMII KRAJOWEJ 24 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 89 762 70 60 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC/11-300/ARMII KRAJOWEJ 8 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 715 62 75 | | | | | |
| identyfikator REGON | 511315745 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC/11-300/ARMII KRAJOWEJ 8 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 89 715 62 75 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 21.04.2021 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | 25.05.2021 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRO-MEDICA W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK/19-300/BARANKI 24 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 620 95 37 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510996861 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK/19-300/BARANKI 24 | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 620 95 37 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-22 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PODODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK/19-300/BARANKI 24 | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 620 95 37 | | | | | |
| | | | X | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-22 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | POWIATOWY SZPITAL IM.WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA/14-200/GEN. WŁ. ANDERSA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 644 97 10 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510879196 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA/14-200/GEN. WŁ. ANDERSA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 644 97 10 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-22 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA/14-200/GEN. WŁ. ANDERSA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 644 97 10 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-22 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACYJNY | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA/14-200/GEN. WŁ. ANDERSA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 644 97 10 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-22 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA/14-200/GEN. WŁ. ANDERSA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 644 96 30 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORĄG/14-300/DĄBROWSKIEGO 16 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony: | 89 757 42 31 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306555 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ Z PODOODZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORAĞ/14-300/DĄBROWSKIEGO 16 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 757 42 31 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-04-29 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-05-13 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO/13-200/LEŚNA 1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23-697-22-11 wew. 182 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310172 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ODDZIAŁ REHABILITACYJNY | | X | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO/13-200/LEŚNA 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 23-697-22-11 wew. 182 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2021-05-04 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 8 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Produkcja UsługiLucyna Tymofiejewicz | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 19-500 Gołdap ul Wczasowa 7 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 876154195 | | | | | |
| identyfikator REGON | 519564330 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NZOZ SZPITAL UZDROWISKOWY WITAL | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 19-500 GOŁDAP | | | | | |
| telefon/ telefony | 876154195 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2021-05-10 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-05-17 | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 9 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-045/NIEPODLEGŁOŚCI 44 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 678 66 61; 89 678 66 67 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510650890 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-229/AL. WOJSKA POLSKIEGO 30 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 89 678 66 61; 89 678 66 67 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-06 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczną 10 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DYWITACH | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYWITY/11-001/JEŻYNOWA 16 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 512 01 22 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510969887 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GABINET REHABILITACJI | | | X | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYWITY/11-001/JEŻYNOWA 16 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 512 01 22 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-06 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 11 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN/11-400/M.C SKŁODOWSKIEJ 2 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 664 356 286 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510929362 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN/11-400/M.C SKŁODOWSKIEJ 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | 664 356 286 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 12 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARTOSZYCE/11-200/WYSZYŃSKIEGO 11 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 675 23 76 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308436 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARTOSZYCE/11-200/WYSZYŃSKIEGO 11 | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 89 675 23 76 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-06 | 2021-05-06 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 13 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRANIEWIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO/14-500/STEFczykA 11 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 798 594 142 | | | | | |
| identyfikator REGON | 170774238 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA | | | X | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO/14-500/STEF CZYKA 11 | | | | | |
| telefon/ telefony | 798 594 142 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 14 | | zakład leczenia uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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/AL.WOJSKA POLSKIEGO 37 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 539 84 04 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510022366 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład leczenia uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZAKŁAD USPRAWNIANIA LECZNICZEGO | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-228/AL.WOJSKA POLSKIEGO 37 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 539 84 04 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBLIN/20-049/AL.RACŁAWICKIE 23 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 621 99 03 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 431022232 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | | | | | |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | X | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK/19-300/TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 621 99 03 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2021-05-11 | 2021-05-11 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | | | | | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | OLSZTYŃSKIE CENTRUM REHABILITACJI LEK. MED. URSZULA HURA-RUITENBACH | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-684/M.WAŃKOWICZA 5 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 542 07 99 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 510462415 | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|----------------------------------|---|--|---|--|--|
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-684/M.WAŃKOWICZA 5 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 542 07 99 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | REHABILITACJA ANDRZEJ KALAFARSKI | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO/11-600/3 MAJA 17 B | | | | | |
| telefon/ telefony: | 508 323 151; 508 323 155 | | | | | |
| identyfikator REGON | 367697175 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO/11-600/3 MAJA 17 B | | | | | |
| telefon/ telefony | 508 323 151; 508 323 155 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W OLSZTYNIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-560/ŻOŁNIERSKA 27 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 721 11 03 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510162819 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-831/SIEWNA 78 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 721 11 03 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-06 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 2021-06-30 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | | |
| nazwa: | KTM JABŁOŃSKA SPÓŁKA JAWNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO/11-700/GRUNWALDZKA 1B/2 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 721 11 03 | | | | | |
| identyfikator REGON | 280021723 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|--|---|--|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII RESZEL | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RESZEL/11-440/SŁOWACKIEGO 4 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 89 751 00 25 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SORKWITY/11-731/PLAŻOWA 6 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 725 960 555 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRAĞOWO/11-700/GRUNWALDZKA 1C | | | X | | |
| telefon/ telefony | 661 531 288 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|--|--|------------|------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ USŁUGI REHABILITACYJNE "FIZJO-MEDICA" JANUSZ KOSSOWSKI | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK/19-300/SPACEROWA 4A | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 420 91 40; 87 427 11 71 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790280631 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | | | | | |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYDMINY/11-510/GRUNWALDZKA 94/111-113 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 420 91 40 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2021-05-12 | 2021-05-12 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | | | | | |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO/11-600/3-MAJA 17B/28-29 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 427 11 71 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 2021-05-12 | 2021-05-12 | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE NA RZECZ POMOCY DZIECIOM I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I OSÓB POKRZYWDZONYCH W WYNIKU WYPADKÓW KOMUNIKACYJNYCH "PROMYK" | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO/12-100/PASYMSKA 21A | | | | | |
| telefon/ telefony: | 530 848 429 ; 89 624 34 37 | | | | | |
| identyfikator REGON | 519549827 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO/12-100/PASYMSKA 21A | | | | | |
| telefon/ telefony | 530 848 429 ; 89 624 34 37 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 | 2021-05-11 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GABINET FIZJOTERAPII I ODNOWY BIOLOGICZNEJ "B" BEATA KURDYNOWSKA | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARCZEWO/11-010/KOŚCIUSZKI 52/1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 534 301 555 | | | | | |
| identyfikator REGON | 280311728 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARCZEWO/11-010/LIPOWA 2 | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 534 301 555 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 | 2021-05-11 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 23 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM ZDROWIA ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLSZTYNKU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYNEK/11-015/CHOPINA 11 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 519 26 83 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510699293 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczną w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | X | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYNEK/11-015/CHOPINA 11 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 519 26 83 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-12 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 24 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczona rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | REHROZ USŁUGI FIZJOTERAPEUTYCZNE DANIEL ROZBERG | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO/11-700/RYNKOWA 11 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 793 188 018 | | | | | |
| identyfikator REGON | 280408675 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczona rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIKOŁAJKI/11-730/SZKOLNA 2 | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 793 188 018 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-06 | 2021-05-06 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 25 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczona rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA W OLSZTYNIE | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-437/DWORCOWA 28 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 537 32 60 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510876884 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-437/DWORCOWA 28 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 89 537 32 60 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-14 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ILONA LESZCZYŃSKA CENTRUM REHABILITACJI "ADA" | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ORNETA/11-130/1 MAJA 7/5 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 552 422 012 | | | | | |
| identyfikator REGON | 280320549 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ORNETA/11-130/1 MAJA 7/5 | | | X | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony | 552 422 012 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SOPAT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA/14-100/TADEUSZA KOŚCIUSZKI 2 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 642 95 81 | | | | | |
| identyfikator REGON | 193076430 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA/14-100/TADEUSZA KOŚCIUSZKI 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 642 95 81 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-19 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO/19-400/GOŁDAPSKA 1 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 520 22 96 wew.369 | | | | | |
| identyfikator REGON | 519558690 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII I REHABILITACJI | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO/19-400/GOŁDAPSKA 1 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 87 520 22 96 wew.369 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-14 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W ELBLĄGU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG/82-300/KRÓLEWIECKA 146 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 55 239 59 31 | | | | | |
| identyfikator REGON | 170745930 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZAKŁAD REHABILITACJI | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG/82-300/KRÓLEWIECKA 146 | | | X | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony | 55 239 59 31 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-11 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | BOŻENA MAJCHRZAK-KONARZEWSKA GABINET REHABILITACYJNY | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SĘPOPOL/11-210/MOSTOWA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 731 37 53 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510363311 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GABINET REHABILITACYJNY BOŻENA MAJCHRZAK-KONARZEWSKA GABINET REHABILITACYJNY | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SĘPOPOL/11-210/MOSTOWA 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 731 37 53 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | NZOZ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIDZBARK/13-230/ZIELUŃSKA 25 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23 696 15 75 | | | | | |
| identyfikator REGON | 364187344 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład leczenia uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIDZBARK/13-230/ZIELUŃSKA 25 | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 696 15 75 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-18 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | zakład leczenia uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | POLSKI ZWIĄZEK NIEWIDOMYCH | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-216/KONWIKTORSKA 9 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 831 22 71 | | | | | |
| identyfikator REGON | 007025575 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład leczenia uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|--|---|--|
| nazwa: | GABINET FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-685/PAUKSZTY 57 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 89 542 75 82 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-25 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 33 | | zakład leczenia uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczona rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP/19-500/SŁONECZNA 7 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 615 02 75 WEW. 31 | | | | | |
| identyfikator REGON | 790243995 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład leczenia uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczona rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP/19-500/SŁONECZNA 7 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 87 615 02 75 WEW. 31 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-05-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 34 | | zakład leczenia uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczona rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|--|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM REHABILITACJI W ELBLĄGU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG/82-300/KRÓLEWIECKA 15 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 55 221 27 52 | | | | | |
| identyfikator REGON | 170766279 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG/82-300/KRÓLEWIECKA 15 | | | | | |
| telefon/ telefony | 55 221 27 52 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2021-06-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 35 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację lecniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO/14-500/MONIUSZKI 13 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 55 620 84 77 | | | | | |
| identyfikator REGON | 280242068 | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|--------------------------------------|---|--|---|--|--|
| nazwa: | DZIAŁ REHABILITACJI I FIZYKOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO/14-500/MONIUSZKI 13 | | | | | |
| telefon/ telefony | 55 620 84 77 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Produkcja UsługiLucyna Tymofiejewicz | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 19-500 Gołdap ul Wczasowa 7 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 876154195 | | | | | |
| identyfikator REGON | 519564330 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NZOZ SZPITAL UZDROWISKOWY WITAL | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 19-500 GOŁDAP UL. W CZASOWA 7 | | | | | |
| telefon/ telefony | 876154195 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-20 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: | ELMED SZCZYTNO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 12-100/SZCZYTNO/GNIEŹNIEŃSKA 2 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 89 623 25 46 | | | | | |
| identyfikator REGON | 510946521 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ELMED SZCZYTNO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 12-100/SZCZYTNO/GNIEŹNIEŃSKA 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | 89 623 25 46 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 510946521 | | | 2021-07-29 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |