Załącznik do Obwieszczenia Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z dnia 12 stycznia 2021 r.

**Załącznik cz. 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 | ElBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 230 42 58 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 281098840 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG, 82-300, UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 22 |
| telefon/ telefony | 55 230 42 58 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-03-09 | 2020-04-14 |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-29 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Pulmonologii** |  |  | 2020-05-26 | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Chrurgii Urazowo-Ortopedycznej** |  |  | 2020-06-07 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii** |  |  | 2020-06-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Pediatrycznego z Pododdziałem Endokrynologicznym** |  |  | 2020-06-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Pododdziałem Neonatologicznym** |  |  | 2020-06-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Chirurgii Dziecięcej** |  |  | 2020-06-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ElBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 |
| telefon/ telefony | 55 239 44 02 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-10-01 |  |  |  |  | 2020-05-07 |  | 2020-10-01 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE  SPÓŁKA AKCYJNA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100  UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 668 207 209 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 511398725 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE  SPÓŁKA AKCYJNA | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100  UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |
| telefon/ telefony | 668 207 209 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-03-09 | 2020-04-07 |  |  | 2020-04-07 | 2020-04-14 | 2020-06-17 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  | 2020-06-30 |  |  | 2020-06-07 |  |  | 2020-10-11 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  | 2020-10-05 |  |  |  |  |  | 2020-10-12 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  | 2020-12-31 |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii** |  |  | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Chirurgii Ogólnej** |  |  | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej** |  |  | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Otolaryngologicznego** |  |  | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Ginekologiczno-Położniczego** |  |  | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Neonatologicznego** |  |  | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **Oddziału Pediatrycznego** |  |  | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2\*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Oddział Chirurgii Ogólnej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100  UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |
| telefon/ telefony | 668 207 209 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-06-01 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 2020-09-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100  UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |
| telefon/ telefony | 668 207 209 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-06-01 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 2020-09-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 539 34 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000295580 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19/DZIECI** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE | NIE | TAK | TAK | NIE | NIE | TAK | TAK | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A |
| telefon/ telefony | 89 539 34 21 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-03-09 | 2020-07-01 |  |  | 2020-04-17 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  | 2020-09-30 |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu |  |  |  | 2020-11-03 |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2\*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne  DLA DZIECI** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A |
| telefon/ telefony | 89 539 32 08/89 539 32 09 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | 2020-04-03 |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19/DZIECI** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE zakresy: chirurgia szczękowo-twarzowa, otolaryngologia, okulistyka, chirurgia, ortopedia (dla pacjentów Covid-19 +) | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A |
| telefon/ telefony | 89 539 34 21 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-26 |  |  |  |  |  |  | 2020-09-26 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B 10-602 OLSZTYN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 511332933 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B 10-602 OLSZTYN |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-03-09 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIOWSKI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15 10-059 OLSZTYN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510510485 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIOWSKI | TAK 2 ZESPOŁY | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | M | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15 10-059 OLSZTYN |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| Data dodania do wykazu |  | 09.03.2020 (25.09.2020  2 zespoły 2 os.) |  |  |  |  |  |  | 2020-10-12 |  |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-06-17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **1 Zespołu** |  | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu **1 Zespołu** |  | 2020-06-14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-10-02 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu **3 Zespołu** |  | od 31.12.2020  do 4.01.2021 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 280302741 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | M | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| Data dodania do wykazu |  | 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** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK 1 ZESPÓŁ | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S,M | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11 11-200 BARTOSZYCE |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-03-09 | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-11-07 |  |  |  |  |  |  | 2020-10-12 | 2020-11-05 |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2020-06-14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK 1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWALSKA 3A 11-500 GIŻYCKO |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-03-13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 170745930 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU | TAK 1 ZESPÓŁ | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-03-09 | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-04-24 | 2020-04-14 |  | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2020-05-31 |  |  |  |  | 2020-07-31 |  |  |  |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-06-18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻOŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 539 99 59 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 519480610 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O. | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻOŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN |
| telefon/ telefony | 89 539 99 59 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | 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** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - CENTRUM STOMATOLOGII RADOSŁAW NOWAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁKOWNIKA STANISŁAWA DĄBKA 94A 82-300 ELBLĄG |
| telefon/ telefony | 55 237 51 00 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | 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** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK |
| telefon/ telefony | 87 621 99 97 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | 2020-04-01 |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | 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 |  |  | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-09-28 | 2020-04-14 | 2020-09-14 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-12 | 2020-10-22 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu, punktu S |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-12-27 | 2020-12-31 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | KLINIKA STOMATOLOGICZNA EKODENT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL.KRYPSKA 30A 04-082 WARSZAWA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 574 881 736 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 141972780 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | DENTOBUS | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100,  UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |
| telefon/ telefony | 574 881 736 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  | 2020-04-03 |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  | 2020-09-14 |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 429 66 66 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000308442 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41 |
| telefon/ telefony | 87 429 66 66 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-04-14 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-28 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 2020-05-24 |  |  |  |  | 2020-06-30 | 2020-06-30 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 425 45 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 790316961 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I,II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2 |
| telefon/ telefony | 87 425 45 00 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-27 |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-29 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 2020-05-31 | 2020-05-31 |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY  W OLSZTYNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 524 53 54 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 280314632 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY  W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30 |
| telefon/ telefony | 89 524 53 54 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-21 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY  W OLSZTYNIE w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30 |
| telefon/ telefony | 89 524 53 54 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-10-21 |  |  |  |  |  |  | 2020-10-21 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC, 11-300  UL.ARMII KRAJOWEJ 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 715 62 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 511315745 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC, 11-300  UL.ARMII KRAJOWEJ 8 |
| telefon/ telefony | 89 715 62 07 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-23 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  | 2020-06-07 |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU w zakresie neurologii - leczenia udarów z wyłaczeniem trombolizy i trombektomii (dla pacjentów Covid-19 +) | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| 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 |  |  | 2020-12-18 |  |  |  |  |  |  | 2020-12-18 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500  UL.MONIUSZKI 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 620 84 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 280242068 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500  UL.MONIUSZKI 13 |
| telefon/ telefony | 55 620 84 70 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-21 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040  UL.GRUNWALDZKA 10B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 616 82 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510993868 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040  UL.GRUNWALDZKA 10B |
| telefon/ telefony | 89 616 82 28 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 |  | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200  UL.LEŚNA 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 23 697 22 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000310172 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200  UL.LEŚNA 1 |
| telefon/ telefony | 23 697 22 11 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-11-02 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 620 95 71 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510996861 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK 1 zespół | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24 |
| telefon/ telefony | 87 620 95 71 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-11-23 | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  | 2020-07-31 |  |  |  |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  | 2020-11-04 |  |  | 2020-11-05 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 615 13 76 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 790243995 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7 |
| telefon/ telefony | 87 615 13 76 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-09-14 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA, 14-200  UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 644 96 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510879196 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA, 14-200  UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3 |
| telefon/ telefony | 89 644 96 00 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-07-20 | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-23 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN, 11-400  UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 664358094 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510929362 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN, 11-400  UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 |
| telefon/ telefony | 664358094 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-29 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-05-08 |  |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-09-16 | 2020-11-12 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE w zakresie chirurgii ogólnej i ortopedii | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN, 11-400  UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 |
| telefon/ telefony | 664358094 |
| Data dodania do wykazu III poziom |  |  | 2020-11-18 |  |  |  |  |  |  | 2020-11-18 |
| Data wykreślenia z wykazu III poziom |  |  | 2020-12-13 |  |  |  |  |  |  | 2020-12-13 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  W LIDZBARKU WARMIŃSKIM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100  UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 767 22 71 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000308459 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  W LIDZBARKU WARMIŃSKIM | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100  UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37 |
| telefon/ telefony | 89 767 22 71 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORĄG, 14-300  UL.DĄBROWSKIEGO 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 757 42 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000306555 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORĄG, 14-300  UL.DĄBROWSKIEGO 16 |
| telefon/ telefony | 89 757 42 31 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-05-04 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO, 11-700, UL.WOLNOŚCI 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 741 94 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510938349 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO, 11-700, UL.WOLNOŚCI 12 |
| telefon/ telefony | 89 741 94 00 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-09-22 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-21 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  W NIDZICY |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 625 05 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000306561 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  W NIDZICY | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 25 |
| telefon/ telefony | 89 625 05 00 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-28 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-29 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-12-14 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Oddział wewnętrzny o profilu zakaźnym szpitala tymczasowego | NIE | TAK | NIE | NIE | 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 35 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-12-15 |  |  |  |  |  |  | 2020-12-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Punkt przyjęć szpitala tymczasowego | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | Szpital Tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 28** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO LUBAWSKIE, 13-300  UL.MICKIEWICZA 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 56 474 23 57 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 519638554 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO LUBAWSKIE, 13-300  UL.MICKIEWICZA 10 |
| telefon/ telefony | 56 474 23 57 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-04-17 | 2020-04-14 | 2020-09-17 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-11-18 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  | 2020-06-07 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 520 22 95 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 519558690 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1 |
| telefon/ telefony | 87 520 22 95 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-05-04 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-11-06 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY  W OLSZTYNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 532 62 63 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510650890 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY  W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | NIE | I  II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-04-17 | 2020-04-14 |  | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-09 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY  W OLSZTYNIE Pododdział położniczy dla pacjentek rodzących między 33 a 37 tyg. ciąży podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-05-08 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 2020-09-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY  W OLSZTYNIE Pododdział patologii noworodków dla wcześniaków urodzonych między 33 a 37 tyg. ciąży pacjentek podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-05-08 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 2020-09-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY  W OLSZTYNIE Pododdział chirurgii klatki piersiowej dla pacjentów podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2 | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-05-08 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 2020-09-14 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE zakresy: położnictwo i ginekologia II poziom referencyjny, neonatologia II poziom regerencyjny (w tym ciaża fizjologiczna i noworodek Covid-19 +) | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |
| telefon/ telefony | 89 532 62 63 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-24 |  |  |  |  |  |  | 2020-09-24 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 539 80 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510022366 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 37 |
| telefon/ telefony | 89 539 80 00/89 539 85 55 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  | 2020-04-24 |  | 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** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SP ZOZ MSWiA z WMCO  w zakresie hematologii, chirurgii onkologicznej (Covid-19+) | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 37 |
| telefon/ telefony | 89 539 80 00 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-10-01 |  |  |  |  |  |  | 2020-10-01 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357  UL.JAGIELLOŃSKA 78 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 532 29 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000295739 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | S | I |
| 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 dodania do wykazu II poziomu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-13 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-12-28 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 538 63 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000293976 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | TAK | TAK | S | I II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-10-07 | 2020-04-14 | 2020-09-07 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-28 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE zakresy: ginekologia i polożnictwo III poziom referencyjny, neonatologia III poziom referencyjny, neurologia A48 - leczenie trombolityczne udarów, trombektomia mechaniczna, chirurgia naczyniowa - tętniaki aorty, chirurgia urazowo-ortopedyczna-urazy kręgosłupa, kadriochirurgia-leczenie zabiegowe zawału oraz inwazyjne leczenie OZW (Covid-19+) | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-24 |  |  |  |  |  |  | 2020-09-24 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE w zakresie okulistyki oraz ECMO (Covid-19+) | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-10-23 |  |  |  |  |  |  | 2020-10-23 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE w zakresie nefrologii oraz dializoterapii (Covid-19+) | NIE | TAK 3 stanowiska | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18 |
| telefon/ telefony | 89 538 63 56 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-11-16 |  |  |  |  |  |  | 2020-11-16 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  W PASŁĘKU" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 249 15 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 280450772 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  W PASŁĘKU" | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A |
| telefon/ telefony | 55 249 15 90 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  | 2020-05-05 | 2020-04-14 | 2020-10-01 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  | 2020-06-07 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZYTNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 623 21 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 519483005 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  W SZCZYTNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I |
| 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 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-05-07 | 2020-09-15 |
| Data dodania do wykazu II poziomu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-10-28 |
| Data wykreślenia z wykazu II poziomu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-12-02 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Oddział wewnętrzny z profilem chorób zakaźnych szpitala tymczasowego | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | Szpital Tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 |
| telefon/ telefony | 89 623 21 36 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-12-01 |  |  |  |  |  |  | 2020-12-01 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Punkt przyjęć szpitala tymczasowego | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | Szpital Tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 |
| telefon/ telefony | 89 623 21 36 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-12-01 |  |  |  |  |  |  | 2020-12-01 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  W SZCZYTNIE  w zakresie chirurgii ogólnej (Covid +) | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 |
| telefon/ telefony | 89 623 21 00 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-12-14 |  |  |  |  |  |  | 2020-12-14 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600, UL.3 MAJA 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 427 32 52 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 519461110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600, UL.3 MAJA 17 |
| telefon/ telefony | 87 427 32 52 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-29 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-05-07 |  |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-09-15 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AMERYKA, 11-015, AMERYKA 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 519 48 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000296236 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AMERYKA, 11-015, AMERYKA 21 |
| telefon/ telefony | 89 519 48 11 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 | 2020-11-13 |  |  |  | 2020-04-14 |  | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  | 2020-12-15 |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE, 11-220  UL.ARMII KRAJOWEJ 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 762 70 64 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000294616 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE, 11-220  UL.ARMII KRAJOWEJ 24 |
| telefon/ telefony | 89 762 70 64 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  | 2020-04-14 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228  UL.WOJSKA POLSKIEGO 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 678 53 53 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 000295484 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | III psychiatria |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228  UL.WOJSKA POLSKIEGO 35 |
| telefon/ telefony | 89 678 53 53 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-11-12 |  |  |  |  | 2020-04-14 |  | 2020-11-12 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE FROMBORKU |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530, UL.SANATORYJNA 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 621 63 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 170399007 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE FROMBORKU | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | III psychiatria |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530, UL.SANATORYJNA 1 |
| telefon/ telefony | 55 621 63 02 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-11-10 |  |  |  |  | 2020-04-14 |  | 2020-11-10 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600  UL.GEN. J. BEMA 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 427 27 66 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 790240956 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | III psychiatria |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600  UL.GEN. J. BEMA 24 |
| telefon/ telefony | 87 427 27 66 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-11-16 |  |  |  |  | 2020-04-14 |  | 2020-11-16 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | ALERGO-TERAPIA  B. MORDASEWICZ-DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA  SPÓŁKA JAWNA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARTOSZYCE,11-200 ANDRZEJA WAJDY 10/37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 602595244 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 281471546 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | ALERGO-TERAPIA  B. MORDASEWICZ-DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA  SPÓŁKA JAWNA | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARTOSZYCE,11-200 ANDRZEJA WAJDY 10/37 |
| telefon/ telefony | 602595244 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-04-21 |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY STOMATOLOGICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOCTRINA S.C. KAROLINA BURKHARDT-STANISŁAWSKA, MACIEJ STANISŁAWSKI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG/82-300/KSIĘDZA PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 232 72 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 170970488 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY STOMATOLOGICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOCTRINA S.C. KAROLINA BURKHARDT-STANISŁAWSKA, MACIEJ STANISŁAWSKI | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG/82-300/KSIĘDZA PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2C |
| telefon/ telefony | 55 232 72 60 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-04-22 |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  W GRODZICZNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE GRODZICZNO/13-324/NOWE GRODZICZNO 17B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 56 472 91 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 870373859 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  W GRODZICZNIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE GRODZICZNO/13-324/NOWE GRODZICZNO 17B |
| telefon/ telefony | 56 472 91 27 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-04-22 |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYBNIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNO/13-220/ZAJEZIORNA 58 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 504166321/236966024 wew.36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 130314249 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYBNIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNO/13-220/ZAJEZIORNA 58 |
| telefon/ telefony | 504166321/236966024 wew.36 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-04-24 |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | ONKOLOGICZNA PRACOWNIA MOLEKULARNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/ul. Jagiellońska 78D |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 505 233 526/605 492 111 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 280312662 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | ONKOLOGICZNA PRACOWNIA MOLEKULARNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/ul. Jagiellońska 78D |
| telefon/ telefony | 505 233 526/605 492 111 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  | 2020-04-28 |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŁAKOWO/14-310/MIKOŁAJA KOPERNIKA 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 731927542 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 383880694 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŁAKOWO/14-310/MIKOŁAJA KOPERNIKA 17 |
| telefon/ telefony | 731927542 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-04-30 |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | LABORATORIUM BADAWCZE BIOLAB TOMASZ SZUBSTARSKI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA/14-100/GRUNWALDZKA 62 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 500 666 190 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510597581 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Laboratorium Medyczne BIOLAB | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA/14-100/GRUNWALDZKA 62 |
| telefon/ telefony | 500 666 190 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  | 2020-06-16 |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500 ALEJA 1-GO MAJA 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 695 227 970 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 385294919 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | S | I,II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41 |
| telefon/ telefony | 695 227 970 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-09-15 |  |  |  |  | 2020-07-01 | 2020-07-01 | 2020-09-15 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | PERFEKT DENT CENTRUM STOMATOLOGICZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG /82-300/ ROMUALDA TRAUGUTTA 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 609340949 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 363518856 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | PERFEKT DENT CENTRUM STOMATOLOGICZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG /82-300/ ROMUALDA TRAUGUTTA 40 |
| telefon/ telefony | 609340949 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-08-03 |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-OŚRODEK ZDROWIA "MEDYK" SPÓŁKA JAWNA TERESA KIEWLAK-NETTER, STANISŁAW SKOCZEK, MAGDALENA BARYŁKA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUSZ/14-240/JÓZEFA WYBICKIEGO 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 278 78 84 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 510944479 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-OŚRODEK ZDROWIA "MEDYK" SPÓŁKA JAWNA TERESA KIEWLAK-NETTER, STANISŁAW SKOCZEK, MAGDALENA BARYŁKA | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUSZ/14-240/JÓZEFA WYBICKIEGO 9 |
| telefon/ telefony | 55 278 78 84 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-09-17 |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO/11-600/3 MAJA 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 427 32 52 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 519461110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO/11-600/3 MAJA 17 |
| telefon/ telefony | 87 427 32 52 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-09-23 |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | LABORATORIA MEDYCZNE OPTIMED KURIATA, WROŃSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KETRZYN/11-400/DASZYŃSKIEGO 31A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 510 309 520 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 280051641 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Laboratoria Medyczne OptiMed LC | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | M | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KETRZYN/11-400/DASZYŃSKIEGO 31A |
| telefon/ telefony | 510 309 520 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  | 2020-11-26 |  | 2020-10-26 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW/31-864/ŻYCZKOWSKIEGO 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 663 680 765 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 356366975 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | M | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-691/GĘBIKA 10B |
| telefon/ telefony | 663 680 765 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-11-01 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | Laboratoria Medyczne  Bruss Grupa Alab Sp. z o.o. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/81-519 / Ul. Powstania Styczniowego 9B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 58 699 88 44 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 191709581 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Laboratoria Medyczne  Bruss Grupa Alab Sp. z o.o. | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | S | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg/82-300/ Ul. 3 Maja 12-14 lok. 17 |
| telefon/ telefony | 695 199 695 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  | 2020-11-02 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | DIAVERUM POLSKA Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-769/Ul. Cylichowska 13/15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 22 516 06 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 140878910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Stacja Dializ w Giżycku | NIE | TAK 4 stanowiska | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gizycko/11-500/Ul. Tadeusza Kościuszki 24a |
| telefon/ telefony | 874 281 803 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2020-11-05 |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE WITAL OLIWIA SMITH |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap/19-500/ul. Wczasowa 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 615 41 95 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 366684182 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowiskowe Wital | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | ND |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap/19-500/ul. Wczasowa 7 |
| telefon/ telefony | 87 615 41 95 |
| Data dodania do wykazu |  |  |  | 2020-11-06 |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58** |  | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| nazwa: | KTS Triomed Sp. z o.o. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin/20-664/Północna 22A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 512 15 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON | 432682717 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 \*** |  | **transport sanitarny \*\*** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | KTS Triomed Sp. z o.o. | TAK 1 zespół | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO/19-400/E.Orzeszkowej 22 |
| telefon/ telefony | 89 512 15 56 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-11-24 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu miejsce stacjonowania Dentobusu | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\* liczba zespołów w danym miejscu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załącznik cz. 2**

**Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
|  | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-07-09 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-01 |

**Załącznik cz. 3**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
|  | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-12 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-12 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-12 |

**Załącznik cz. 4**

**Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
|  | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-05 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-26 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-26 |

**Załącznik cz. 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 | TAK |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-26 |

**Załącznik cz. 6A**

**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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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 | ElBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 239 44 02 |  |  |
| identyfikator REGON | 281098840 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II  W ELBLĄGU | **W** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ElBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 |
| telefon/ telefony | 55 239 44 02 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II  W ELBLĄGU | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ElBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 |
| telefon/ telefony | 55 239 44 02 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7 |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 615 13 76 |  |  |
| identyfikator REGON | 790243995 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  W NIDZICY | **W** |  |
| 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 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21** |  | **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: | 87 520 22 95 |  |  |
| identyfikator REGON | 519558690 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  | 2020-12-23 |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE/11-220/ARMII KRAJOWEJ 24 |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 762 70 64 |  |  |
| identyfikator REGON | 000294616 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE/11-220/ARMII KRAJOWEJ 24 |
| telefon/ telefony | 89 762 70 64 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UZDROWISKOWY WITAL |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.WCZASOWA 7 |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 615 41 92-94 |  |  |
| identyfikator REGON | 519564330 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UZDROWISKOWY WITAL | **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 |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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 92-94 |  |  |
| identyfikator REGON | 366684182 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| 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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RESZLU |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RESZEL/11-440/SŁOWACKIEGO 3 |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 752 94 50 |  |  |
| identyfikator REGON | 001338468 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RESZLU | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RESZEL/11-440/SŁOWACKIEGO 3 |
| telefon/ telefony | 89 752 94 50 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY W RESZLU |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RESZEL/11-440/SŁOWACKIEGO 3 |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 755 12 96 |  |  |
| identyfikator REGON | 510654801 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY W RESZLU | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RESZEL/11-440/SŁOWACKIEGO 3 |
| telefon/ telefony | 89 755 12 96 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZGROMADZENIE SIÓSTR MIŁOSIERDZIA ŚW. WINCENTEGO A PAULO PROWINCJA CHEŁMIŃSKO-POZNAŃSKA |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAWA/14-260/GRUNWALDZKA 11 |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 645 26 21 |  |  |
| identyfikator REGON | 006227147 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZGROMADZENIE SIÓSTR MIŁOSIERDZIA ŚW. WINCENTEGO A PAULO PROWINCJA CHEŁMIŃSKO-POZNAŃSKA | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAWA/14-260/GRUNWALDZKA 11 |
| telefon/ telefony | 89 645 26 21 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FUNDACJA POLSKICH KAWALERÓW MALTAŃSKICH W WARSZAWIE "POMOC MALTAŃSKA" |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARCZEWO/11-010/NIEPODLEGŁOŚCI 9 |  |  |
| telefon/ telefony: | 513042585 |  |  |
| identyfikator REGON | 015610149 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | FUNDACJA POLSKICH KAWALERÓW MALTAŃSKICH W WARSZAWIE "POMOC MALTAŃSKA" | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARCZEWO/11-010/NIEPODLEGŁOŚCI 9 |
| telefon/ telefony | 513042585 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CERTUSVIA SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-686/BOENIGKA 9 |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 541 35 70 |  |  |
| identyfikator REGON | 280136389 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CERTUSVIA SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-686/BOENIGKA 9 |
| telefon/ telefony | 89 541 35 70 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MALARKIEWICZ I SPÓŁKA" SPÓŁKA JAWNA |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/JAGIELLOŃSKA 78A |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 526 91 43 |  |  |
| identyfikator REGON | 510869111 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MALARKIEWICZ I SPÓŁKA" SPÓŁKA JAWNA | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN/10-357/JAGIELLOŃSKA 78A |
| telefon/ telefony | 89 526 91 43 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-715/OKRZEI 1A |  |  |
| telefon/ telefony: | 12 629 89 08, 12 370 2 500 WEW 1048 |  |  |
| identyfikator REGON | 351618159 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM KARDIOLOGII SCANMED W EŁKU | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK/19-300/BARANKI 24 |
| telefon/ telefony | 87 441 99 99 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM KARDIOLOGII SCANMED W IŁAWIE | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA, 14-200  UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3 |
| telefon/ telefony | 89 676 01 00 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | POMORSKIE CENTRA KARDIOLOGICZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ S.K.A. |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDAŃSK/80-283/POTOKOWA 26/216 |  |  |
| telefon/ telefony: | 58 304 71 61 |  |  |
| identyfikator REGON | 141160361 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | POMORSKIE CENTRA KARDIOLOGICZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ S.K.A. | **P** |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO/11-700/WOLNOŚCI 3 |
| telefon/ telefony | 89 741 94 79 |
| Data dodania do wykazu |  | 2020-12-23 |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  | 2021-01-08 |  |
|  |  |  |  |
| \* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL)) | | |  |

**Załącznik cz. 6B**

**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "ADAMED" LEKARZE SPECJALIŚCI LUCJA ADAMOWICZ, SERGIUSZ ADAMOWICZ SPÓŁKA JAWNA |  | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRABOWO / 19-500 / Grabowo 27 A |
| telefon/ telefony | 876156637 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "ESKULAP" BOGUSŁAWA ORZECHOWSKA 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "ESKULAP" BOGUSŁAWA ORZECHOWSKA JAROSŁAW GOLUBIEWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłomłyn / 14-140 / Cicha 2 |
| telefon/ telefony | 602893263 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **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 4** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "JANISZEWSKI I PARTNERZY - LEKARZE" |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "JANISZEWSKI I PARTNERZY - LEKARZE" |  | **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 5** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "LEKARZE DOMOWI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-686 / Piotrowskiego 16i |
| telefon/ telefony | 604502522 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "LEKARZE DOMOWI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-900 / Wojska Polskiego 19/23 |
| telefon/ telefony | 604502522 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "LEKARZE RODZINNI" R. SZTABIŃSKI I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / Słoneczna 9 |
| telefon/ telefony | 512395602 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "MEDYK" - LEKARZE SPECJALIŚCI - DOMAGAŁA, KACAŁA, POWROŹNIK I ZAKRZEWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nidzica / 13-100 / Traugutta 13 |
| telefon/ telefony | 694534163 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA-DZIĄG, 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA-DZIĄG, W.MANDECKI, M.DYTKOWSKI" SPÓŁKA JAWNA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO / 14-500 / ŻEROMSKIEGO 14A |
| telefon/ telefony | 552432203 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA-DZIĄG, W.MANDECKI, M.DYTKOWSKI" SPÓŁKA JAWNA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPOWINA / 14-500 / 7 |
| telefon/ telefony | 552431422 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZY MEDYCYNY RODZINNEJ ZBIGNIEW GUGNOWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA" |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZY MEDYCYNY RODZINNEJ ZBIGNIEW GUGNOWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA" |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOŹNICA-ALI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY" |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOŹNICA-ALI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY" |  | **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 11** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "NZOZ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA" |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark /13-230 / Zieluńska 25 |
| telefon/ telefony | 696462231 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "NZOZ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA" |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niechłonin 93 / 13-206 |
| telefon/ telefony | 696462231 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ " |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko / 19-400 / ul. Gołdapska 1 |
| telefon/ telefony | 48875202295 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "OMEGA" TOPOLSCY SPÓŁKA JAWNA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / Nauczycielska 18 |
| telefon/ telefony | 896231314 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "OŚRODEK ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH, WIKTOR GOŚLICKI, ZBIGNIEW GOŚLICKI SPÓŁKA JAWNA" |  | **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 15** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "PANACEUM" KULIŚ, GROCH, KOKOLUS PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "PANACEUM" KULIŚ, GROCH, KOKOLUS PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "PANTAMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "PANTAMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  | **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 17** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "SAMMED" Beata Samul-Kozłowska Spółka Jawna |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lutry / 11-311 / 48 |  |  |
| telefon/ telefony: | 897162124 |  |  |
| identyfikator REGON | 281377853 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "SAMMED" Beata Samul-Kozłowska Spółka Jawna |  | **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 18** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "TAR-MEDICA" TARASIUK LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "TAR-MEDICA" TARASIUK LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **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 19** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "VITA" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY RODZINNYCH - B.ARKABUS, M.GAJDA, J.LAUDAŃSKA-ŁUKOWICZ, J.ROSENAU, I.SĘKOWSKA |  | **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 20** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "Vita-Med" Marta Gała |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. dr. Władysława Klementowskiego 8 |
| telefon/ telefony | 874254527 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "ZDROWIE" LEKARZ RYSZARD WIELECHOWSKI LEKARZ EMILIA MARIA KULAS-LEWANDOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **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 22** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "ZDROWIE"S.C. BEATA MISIEWICZ,BEATA ROGUCKA,WIOLETA ĆWIRTA-ROMAN |  | **2** |
| 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 23** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lublin / 20-049 / ul. aleje Racławickie 23 |  |  |
| telefon/ telefony: | 261183200 |  |  |
| identyfikator REGON | 431022232 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Tadeusza Kościuszki 30 |
| telefon/ telefony | 876219990 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ALMED A.A.IWANIUK, M.PURWIN SPÓŁKA JAWNA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dubeninki / 19-504 / Dębowa 7A |
| telefon/ telefony | 876158108 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ANDRZEJ WIĘCEK "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ I SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES" |  | **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 26** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANETTA SŁOMCZYŃSKA-KĄDZIOŁKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ANETTA SŁOMCZYŃSKA-KĄDZIOŁKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieniężno / 14-520 / Generalska 4 |
| telefon/ telefony | 552436154 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto Lubawskie / 13-300 / Targowa 28 |
| telefon/ telefony | 693284477 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANNA LEOKADIA OSOWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZA PRZYCHODNIA" |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sępopol / 11-210 / ul. Lipowa 1A |  |  |
| telefon/ telefony: | 603876615 |  |  |
| identyfikator REGON | 510382053 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ANNA LEOKADIA OSOWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZA PRZYCHODNIA" |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sępopol / 11-210 / Lipowa 1 |
| telefon/ telefony | 897614401 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ANNA LEŚNIEWSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milejewo / 82-316 / Lipowa 4 |
| telefon/ telefony | 552312226 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CYPERMED Cyprian Broszkiewicz |  | **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 31** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CZESŁAW SADOWNIK NZOZ "POLI-MED" |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / Wodociągowa 17 |
| telefon/ telefony | 600971107 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **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 33** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | DORA-M.ED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYDMINY / 11-510 / DWORCOWA 1B |
| telefon/ telefony | 87 4281755 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ELBLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE LIFECLINICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **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 35** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ELMED SZCZYTNO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ELMED SZCZYTNO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczytno / 12-100 / Nauczycielska 18/4U |
| telefon/ telefony | 721202787 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | EWA STECKIEWICZ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński / 11-100 / Aleksandra Świętochowskiego 7b |
| telefon/ telefony | 897670205 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FURMANIAK LEKARZ I PARTNER SPÓŁKA PARTNERSKA |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczybały Giżyckie / 11-500 / 27 |  |  |
| telefon/ telefony: | 727 769 686 |  |  |
| identyfikator REGON | 380901970 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | FURMANIAK LEKARZ I PARTNER SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / Wodociągowa 17 |
| telefon/ telefony | 727 769 686 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / ul. Warszawska 41 |  |  |
| telefon/ telefony: | 87-429-66-01 |  |  |
| identyfikator REGON | 385294919 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giżycko / 11-500 / Warszawska 41 |
| telefon/ telefony | 874296642 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM ZDROWIA ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLSZTYNKU |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztynek / 11-015 / Chopina 11 |
| telefon/ telefony | 89 5220250, 516168290 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W LELKOWIE |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lelkowo / 14-521 / 19 |  |  |
| telefon/ telefony: | 552448168 |  |  |
| identyfikator REGON | 380158710 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W LELKOWIE |  | **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 41** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PŁOSKINI |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płoskinia / 14-526 / 9/1 |  |  |
| telefon/ telefony: | 502217784 |  |  |
| identyfikator REGON | 380012715 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PŁOSKINI |  | **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 42** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNY SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KURZĘTNIK / 13-306 / ŁĄKOWA 10 |
| telefon/ telefony | 564748970 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / ul. Słoneczna 7 |  |  |
| telefon/ telefony: | 087- 615-13-76 |  |  |
| identyfikator REGON | 790243995 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gołdap / 19-500 / Słoneczna 7 |
| telefon/ telefony | 604481179 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE SUSZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Susz / 14-240 / Józefa Wybickiego 9 |
| telefon/ telefony | 728 427 285 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Jacek Kuleta |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC / 11-300 / ARMII KRAJOWEJ 8 |
| telefon/ telefony | 601056638 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JERZY MARCZAK |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / ul. Lidzbarska 33 |  |  |
| telefon/ telefony: | 236894372 |  |  |
| identyfikator REGON | 130128162 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | JERZY MARCZAK |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Lidzbarska 33 |
| telefon/ telefony | 236972930 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Józef Koc |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mikołajki / 11-730 / Plac Handlowy 20 |
| telefon/ telefony | 510087776 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Józef Koc |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rozogi / 12-114 / Rynek 11 |
| telefon/ telefony | 510087776 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Józef Koc |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ryn / 11-520 / Konrada Wallenroda 10 |
| telefon/ telefony | 510087776 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Józef Koc |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Spychowo / 12-150 / Mazurska 5 |
| telefon/ telefony | 510087776 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KTM JABŁOŃSKA SPÓŁKA JAWNA |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LEK. GRAŻYNA ŻMUDZIŃSKA |  | **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 50** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Stoczniowa 2 |
| telefon/ telefony | 22 332 28 88 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-273 / Jagiellońska 26/1A |
| telefon/ telefony | 22 332 28 88 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Magdalena Willenberg |  | **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 52** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAŁGORZATA ŁUBIŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świętajno / 12-140 / ul. Leśna 4 P |  |  |
| telefon/ telefony: | 089- 6226107 |  |  |
| identyfikator REGON | 510463640 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MAŁGORZATA ŁUBIŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świętajno / 12-140 / Leśna 4p |
| telefon/ telefony | 606718681 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MEDYK ELŻBIETA KARDASZ-KOPYTKO I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MEDYK ELŻBIETA KARDASZ-KOPYTKO I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |  | **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 54** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Michał Jędrzyński |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Stefana Żeromskiego 2B |
| telefon/ telefony | 552334755 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W BARCZEWIE |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Barczewo / 11-010 / Lipowa 2 |
| telefon/ telefony | 514083963 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MODZELEWSKI CZESŁAW |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Tadeusza Kościuszki 1 |  |  |
| telefon/ telefony: | 0876104464 , 663615493 |  |  |
| identyfikator REGON | 790038166 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MODZELEWSKI CZESŁAW |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK / 19-300 / TADEUSZA KOŚCIUSZKI 1 |
| telefon/ telefony | 663615493 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MUŚKO ELŻBIETA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Karola Augusta Bahrkego 4 |  |  |
| telefon/ telefony: | 087-621-03-98 |  |  |
| identyfikator REGON | 790257477 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MUŚKO ELŻBIETA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / Bahrkego 4 |
| telefon/ telefony | 87 6210398 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MUŚKO JERZY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MUŚKO JERZY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MUŚKO JERZY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |  | **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 59** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "GRUNWALDZKA" SKWIRA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |  | **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 60** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" SPÓŁKA CYWILNA HENRYKA BARANOWSKA I WSPÓLNICY |  | **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 61** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY AKADEMICKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WAWRYK, GĄSECKA 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY AKADEMICKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WAWRYK, GĄSECKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |  | **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 62** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ "MED-KOR" KRYSTYNA 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ "MED-KOR" KRYSTYNA BADOWSKA-RECHINBACH |  | **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 63** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ "MODZELEWSKA-BAKUN" S.C. BARBARA MODZELEWSKA, ALEKSANDRA BAKUN |  | **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 64** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OŚRODEK ZDROWIA "MEDYK" SPÓŁKA JAWNA TERESA KIEWLAK-NETTER, STANISŁAW SKOCZEK, MAGDALENA BARYŁKA |  | **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 65** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD-MED" Beata Siergiej |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD-MED" Beata Siergiej |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Uzdowo 92 |
| telefon/ telefony | 503008207 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AMICUS" LEKARZE DOMINIAK, KOWALCZYK, KOWALIK, MAZUREK, SPÓŁKA PARTNERSKA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AMICUS" LEKARZE DOMINIAK, KOWALCZYK, KOWALIK, MAZUREK, SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **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 67** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DELFINEK" LEK. MED. PĘDZIBEK-TYKOCKA KRYSTYNA EWA |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Trzcinowa 5 |  |  |
| telefon/ telefony: | 087 423 55 43 |  |  |
| identyfikator REGON | 790119918 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DELFINEK" LEK. MED. PĘDZIBEK-TYKOCKA KRYSTYNA EWA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / Sienkiewicza 4 |
| telefon/ telefony | 874235543 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" BOŻENA GROCHOWSKA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" BOŻENA GROCHOWSKA |  | **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 69** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "O.K.MED" S.C. PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "O.K.MED" S.C. PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH |  | **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 70** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OL - MED"S.C. ELŻBIETA JARMOWSKA, ELŻBIETA JÓŹWIK, 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OL - MED"S.C. ELŻBIETA JARMOWSKA, ELŻBIETA JÓŹWIK, DANUTA KOZŁOWSKA - TRUSEWICZ, EWA SKRZYCKA, RAFAŁ SKUTECKI |  | **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 71** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLMED" KRYSTYNA OLSZEWSKA |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / ul. Armii Krajowej 22C / 3 |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 610 44 64 |  |  |
| identyfikator REGON | 790291876 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLMED" KRYSTYNA OLSZEWSKA |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLS-MED" SPÓŁKA JAWNA WIOLETTA OLSZEWSKA, ARTUR OLSZEWSKI |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLS-MED" SPÓŁKA JAWNA WIOLETTA OLSZEWSKA, ARTUR OLSZEWSKI |  | **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 73** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panakeja" lek. Waldemar Połczyński |  | **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 74** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PORADNIA ZDROWIA RODZINY" KRYSTYNA SKARZYŃSKA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PORADNIA ZDROWIA RODZINY" KRYSTYNA SKARZYŃSKA |  | **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 |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA KISIELICE" MUNKHSAIKHAN MANDAKH |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kisielice / 14-220 / Sienkiewicza 18 |
| telefon/ telefony | 55 275 60 04 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA NR 1" E.SZPANELEWSKA,D.SZPANELEWSKI SPÓŁKA JAWNA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA NR 1" E.SZPANELEWSKA,D.SZPANELEWSKI SPÓŁKA JAWNA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto Lubawskie / 13-300 / Mickiewicza 11B |
| telefon/ telefony | 564725742 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" S.C. SYLWIA BOBOJĆ, ALICJA KARKUT-BZDYRA |  | **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 78** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANOMED" - WOJCIECH PODOWSKI |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płośnica / 13-206 / ul. Lipowa 4 |  |  |
| telefon/ telefony: | 23 696 80 25; 23 696 82 30 |  |  |
| identyfikator REGON | 130318425 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANOMED" - WOJCIECH PODOWSKI |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płośnica / 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 79** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOL-VITA" S.C. PRAKTYKA LEKARZA OGÓLNEGO I DZIECIĘCEGO RADOSŁAW WIŚNIEWSKI, PIOTR BERNECKI |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOL-VITA" S.C. PRAKTYKA LEKARZA OGÓLNEGO I DZIECIĘCEGO RADOSŁAW WIŚNIEWSKI, PIOTR BERNECKI |  | **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 80** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Ewa Wysocka-Nowak |  | **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 82** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" MARIA RUSIŁOWICZ |  | **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 |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ALINAL-MED ALICJA NAŁYSNYK-GACIOCH, SYLWESTER GACIOCH SPÓŁKA JAWNA |  | **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 84** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARS MEDICA - MARIA OŁDZIEJEWSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-547 / Michała Kajki 6 |
| telefon/ telefony | 895275992 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c. |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrówno / 14-120 / Ogrodowa 2A |
| telefon/ telefony | 896474010 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GABINET LEKARZA RODZINNEGO BŁAŻEJ BOGUTA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłakowo / 14-310 / Mikołaja Kopernika 43878 |
| telefon/ telefony | 601652550 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GABINET LEKARZA RODZINNEGO HANNA KURPIEWSKA |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Henryka Sienkiewicza 4 |  |  |
| telefon/ telefony: | 087 424 11 18 |  |  |
| identyfikator REGON | 790216580 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GABINET LEKARZA RODZINNEGO HANNA KURPIEWSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / Henryka Sienkiewicza 4 |
| telefon/ telefony | 874241118 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAMED Ilona Gajewska |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olecko / 19-400 / 11-ego Listopada 23/22 |
| telefon/ telefony | 668943993 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES SPÓŁKA CYWILNA ANNA MALINOWSKA EWA CHUDEK ROMEJKO |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłki / 11-513 / Giżycka 45 |
| telefon/ telefony | 874211090 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES W BISKUPCU, BARBARA TYC, ANNA ANDRUKIEWICZ - PISAREK, TERESA SKUKOWSKA, SPÓŁKA JAWNA |  | **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 |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. L. RYDYGIERA TOMASZ KARDACZ |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAREK REZA |  | **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 93** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medycyna Rodzinna Leon Gazda |  | **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 94** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK ELŻBIETA DOBRYDNIO-DROZD |  | **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 |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OPIEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OPIEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |  | **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 |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BEATA SALKOWSKA-WIĘSAK |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Henryka Sienkiewicza 4 |  |  |
| telefon/ telefony: | 87 424 05 10 |  |  |
| identyfikator REGON | 790668134 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BEATA SALKOWSKA-WIĘSAK |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / Henryka Sienkiewicza 4 |
| telefon/ telefony | 874240510 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ DANUTA ZOFIA PAWLICKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała Piska / 12-230 / Konopnickiej 4 |
| telefon/ telefony | 874259255 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ STANISŁAW WOŹNIAK |  | **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 99** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ZYGMUNT ZIEMBA |  | **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 100** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDICAL" MARIOLA KURPIEL-JĘDRZEJEK |  | **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 101** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "WAMED" Halina Ważna |  | **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 102** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA "TROSKA" M.PAPROCHA, A.PAPROCHA SPÓŁKA JAWNA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA "TROSKA" M.PAPROCHA, A.PAPROCHA SPÓŁKA JAWNA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piecki / 11-710 / Zwycięstwa 21 |
| telefon/ telefony | 897421143 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ RAJMUND RUSIECKI |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK / 19-300 / GRODZIEŃSKA 10 |
| telefon/ telefony | 535536886 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REMEDIUM S.C. HANNA BUDZYŃSKA-REICHELT, 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REMEDIUM S.C. HANNA BUDZYŃSKA-REICHELT, HALINA KUBIAK |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN / 10-092 / OBROŃCÓW TOBRUKU 15 lok 1 |
| telefon/ telefony | 509863977 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA-MED D.ŻERAŃSKA, M.SZWED, Z.CZARNIAWSKI SPÓŁKA JAWNA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA-MED D.ŻERAŃSKA, M.SZWED, Z.CZARNIAWSKI SPÓŁKA JAWNA |  | **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 106** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SORKWITACH- DARIUSZ KONIECZNY |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SORKWITACH- DARIUSZ KONIECZNY |  | **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 107** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ " WOJ-MED" BOGUSŁAWA WOJTANIS |  | **1** |
| 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 108** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAKRZEWSKA-ROGALSKA" S.C.MAŁGORZATA ROGALSKA, KAROLINA ZAKRZEWSKA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAKRZEWSKA-ROGALSKA" S.C.MAŁGORZATA ROGALSKA, KAROLINA ZAKRZEWSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-547 / Kajki 6 |
| telefon/ telefony | 895275991 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIĄTKACH EDYTA ILKIEWICZ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIĄTKI / 11-008 / 35 |
| telefon/ telefony | 896169896 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NOVAMED GALIŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / Juliana Tuwima 20/5u |
| telefon/ telefony | 798750922 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ FAMILVITA JOLANTA MATYSZCZYK-JUŚKIEWICZ MONIKA STELMACH LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-686 / Wilczyńskiego 27 A |
| telefon/ telefony | 606 88 40 08 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "KONSYLIUM" LEKARZE K. ŁASZCZEWSKA, D. BARTNIK, P. NIEMIER SPÓŁKA PARTNERSKA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "KONSYLIUM" LEKARZE K. ŁASZCZEWSKA, D. BARTNIK, P. NIEMIER SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-106 / Wyzwolenia 26/27 |
| telefon/ telefony | 601678217 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ USŁUGI LEKARSKIE MARIAN FELIKS WŁODZIMIERSKI |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kruklanki / 11-612 / Dworcowa 4 |
| telefon/ telefony | 874217004 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia " Markusy " - Jadwiga Arndt |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia " Markusy " - Jadwiga Arndt |  | **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 115** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PODMIOT LECZNICZY "TWÓJ LEKARZ" ELŻBIETA I JERZY BUBEŁA SPÓŁKA JAWNA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PODMIOT LECZNICZY "TWÓJ LEKARZ" ELŻBIETA I JERZY BUBEŁA SPÓŁKA JAWNA |  | **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 116** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA "DAR SERCA" - LEKARZE A. BŁAUT-KOTYŃSKA, B. PÓŁTORAK-OSIŃSKA, U. SKONIECZNA SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **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 117** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA PRO FAMILIA KRAJEWSKI, RADOMSKI SPÓŁKA JAWNA |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PORADNIE MEDYCZNE AGNIESZKA SACZONEK |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIE MEDYCZNE AGNIESZKA SACZONEK |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / ul. Leśna 14 |
| telefon/ telefony | 507063020 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  | 2021-01-08 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIE MEDYCZNE AGNIESZKA SACZONEK |  | **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 119** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE |  | **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 120** |  | **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. Władysława Andersa 3 |  |  |
| telefon/ telefony: | 89 644 96 00 |  |  |
| identyfikator REGON | 510879196 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA / 14-200 / ANDERSA 3 |
| telefon/ telefony | 896449601 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA "PROMEDICA" LEK. EWA DZIEKOŃSKA |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Gizewo / 12-100 / 108 |  |  |
| telefon/ telefony: | 505419787 |  |  |
| identyfikator REGON | 510888551 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA "PROMEDICA" LEK. EWA DZIEKOŃSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świętajno / 12-140 / Grunwaldzka 13C |
| telefon/ telefony | 896226105 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej "ESCULAP" Agata Zborowska |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej "ESCULAP" Agata Zborowska |  | **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 123** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego "Jaśminowa" Spółka Lekarska Gańko i Partnerzy |  | **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 124** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO "MEDICUS I" - LEKARZE K.BARANOWSKI I PARTNERZY |  | **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 125** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO "RAMED" M.SAKOWSKA, A.KOPERTOWSKA, R.SZCZYGIELSKA-ZWIERZYŃSKA SPÓŁKA JAWNA |  | **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 126** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA "BART - MEDICA", BROMIRSKA I PARTNERZY - LEKARZE |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / Kard.Wyszyńskiego 26 |
| telefon/ telefony | 606896763 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "HYGEIA" KANCLERZ I PARTNERZY |  | **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 128** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ANNA KOWENICKA NZOZ |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-448 / ul. Bartosza Głowackiego 28 |  |  |
| telefon/ telefony: | 089 527 73 93 535 06 85 |  |  |
| identyfikator REGON | 510367852 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ANNA KOWENICKA NZOZ |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-448 / Głowackiego 28 |
| telefon/ telefony | 895277393 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Lidia Palmi-Kukiełko |  | **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 130** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA MEDIX GÓRSKI, KAŹMIERCZAK 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA MEDIX GÓRSKI, KAŹMIERCZAK SPÓŁKA JAWNA |  | **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 131** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 'MEDKAM' SPÓŁKA JAWNA KAMIZELA |  | **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 132** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZY ULICY DŁUGIEJ CZESŁAWA WOŹNIAK |  | **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 133** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA W RUCIANEM-NIDZIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA W RUCIANEM-NIDZIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **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 134** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Grodziczno / 13-324 / 17B |  |  |
| telefon/ telefony: | 056-4729127 |  |  |
| identyfikator REGON | 870373859 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mroczno / 13-324 / Mroczno 14 |
| telefon/ telefony | 564741118 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE |  | **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 135** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Radosław Kędzia Prywatna Praktyka Lekarska; Przychodnia KEMED |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Radosław Kędzia Prywatna Praktyka Lekarska; Przychodnia KEMED |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | RODZINA SPÓŁKA PARTNERSKA GRYKIN, KLIMKO, HUZARSKA - LEKARZE |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / Wajdy 10 |
| telefon/ telefony | 608285960 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | RODZINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | **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 138** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Ryszard Bąk |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Ryszard Bąk |  | **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 |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Ryszard Bąk |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SALUMAR LEKARZE MAREK PERLIŃSKI, BEATA DZIEWULSKA PERLIŃSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SALUMAR LEKARZE MAREK PERLIŃSKI, BEATA DZIEWULSKA PERLIŃSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gietrzwałd / 11-360 / Źródlana 43835 |
| telefon/ telefony | 735406854 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SALUMAR LEKARZE MAREK PERLIŃSKI, BEATA DZIEWULSKA PERLIŃSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sząbruk / 11-036 / Samulowskiego 3 |
| telefon/ telefony | 509041509 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dywity / 11-001 / ul. Jeżynowa 16 |  |  |
| telefon/ telefony: | 895120122 |  |  |
| identyfikator REGON | 510969887 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach |  | **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 141** |  | **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 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " MEDICUS" Tomasz Malich |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lidzbark Warmiński / 11-100 / 11-go listopada 15 |
| telefon/ telefony | 897676700 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142** |  | **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 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MAZUR-MED" POMIEĆKO SPÓŁKA JAWNA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mrągowo / 11-700 / Os.Mazurskie 33a |
| telefon/ telefony | 897417410 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KOWALACH OLECKICH |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KOWALACH OLECKICH |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWALE OLECKIE / 19-420 / WITOSA 1 |
| telefon/ telefony | 87 5238206 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MAŁDYTACH |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁDYTY / 14-330 / PRZEMYSŁOWA 10 |
| telefon/ telefony | 897586079 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W WIELICZKACH |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKI / 19-404 / JEZIORNA 14 |
| telefon/ telefony | 875214265 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rybnie |  | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rybno / 13-220 / Zajeziorna 58 |
| telefon/ telefony | 23 6966024, 23 6966833 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKO - GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ORZYSZU |  | **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 148** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |  | **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 149** |  | **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 / al. Aleja Wojska Polskiego 37 |  |  |
| telefon/ telefony: | 0-89 539-82-40 |  |  |
| identyfikator REGON | 510022366 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE |  | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-228 / al. Wojska Polskiego 37 |
| telefon/ telefony | 895398240 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150** |  | **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 / ul. Henryka Sienkiewicza 2 |  |  |
| telefon/ telefony: | (087) 425 45 00 |  |  |
| identyfikator REGON | 790316961 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Sienkiewicza 4 |
| telefon/ telefony | 874254506 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151** |  | **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: | 023 697-22-11 |  |  |
| identyfikator REGON | 000310172 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działdowo / 13-200 / Leśna 1 |
| telefon/ telefony | 236972211 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SNZPOZ PRZYCHODNIA ZATORZE BRYGIDA GULDA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SNZPOZ PRZYCHODNIA ZATORZE BRYGIDA GULDA |  | **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 153** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Spółka Cywilna - Jarosław Podgórski, Joanna Pleskowicz |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Spółka Cywilna - Jarosław Podgórski, Joanna Pleskowicz |  | **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 154** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "CORDIS" SŁAWOMIRA GOLUBIEWSKA, ANNA ZŁOTKOWSKA, MONIKA GOLUBIEWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C "CORDIS" |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "CORDIS" SŁAWOMIRA GOLUBIEWSKA, ANNA ZŁOTKOWSKA, MONIKA GOLUBIEWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C "CORDIS" |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żytkiejmy / 19-505 / Lipowa 16 |
| telefon/ telefony | 876159718 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "SROK-MED" MONIKA OSTROWSKA-KASPRZAK, CHOCIEŁOWSKI PIOTR |  | **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 156** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA PIMABA JOANNA PISKÓRZ-WAPIŃSKA, BOŻENNA EMERLA-MARCZAK, 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA PIMABA JOANNA PISKÓRZ-WAPIŃSKA, BOŻENNA EMERLA-MARCZAK, JOWITA BARTUZI, TOMASZ BARTUZI |  | **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 157** |  | **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 Myliusa 20 |  |  |
| telefon/ telefony: | 55 232 25 65 |  |  |
| identyfikator REGON | 170741345 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "DUŻY MEDYK" ŁUBA I PARTNERZY |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Myliusa 20 |
| telefon/ telefony | 552322565 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "ZDROWIE" GONSIOR I PARTNERZY |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Generała Józefa Bema 80 |
| telefon/ telefony | 552335505 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - MAREK CHOJNOWSKI, WŁODZIMIERZ GRYCKO, PIOTR MACIEJ IWANOWSKI, HANNA KOBRZYŃSKA-DUDA, AGNIESZKA STACEWICZ-GŁOWACKA, WIKTOR SZYMAŃSKI |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - MAREK CHOJNOWSKI, WŁODZIMIERZ GRYCKO, PIOTR MACIEJ IWANOWSKI, HANNA KOBRZYŃSKA-DUDA, AGNIESZKA STACEWICZ-GŁOWACKA, WIKTOR SZYMAŃSKI |  | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Komeńskiego 35 |
| telefon/ telefony | 601670806 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE "ZDROWIE" |  | **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 161** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | STURLIS I PIASECKI - LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | STURLIS I PIASECKI - LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pilnik / 11-100 / Pilnik 14 |
| telefon/ telefony | 897673484 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / ul. Jana Amosa Komeńskiego 35 |  |  |
| telefon/ telefony: | 552394402 |  |  |
| identyfikator REGON | 281098840 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| 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: | 89 675 23 50 |  |  |
| identyfikator REGON | 000308436 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bartoszyce / 11-200 / ul. Kardynała Wyszyńskiego 11 |
| telefon/ telefony | 896752358 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164** |  | **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: | 089 646-0640 |  |  |
| identyfikator REGON | 511398725 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA |  | **5** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostróda / 14-100 / Władysława Jagiełły 1 |
| telefon/ telefony | 895444545 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-082 / al. Aleja Warszawska 30 |  |  |
| telefon/ telefony: | 089 524 53 54 |  |  |
| identyfikator REGON | 280314632 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-082 / Aleja Warszawska 10 |
| telefon/ telefony | 895245392 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | VOXEL Spółka Akcyjna |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Elbląg / 82-300 / Teatralna 5 |
| telefon/ telefony | 576786373 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | WARMIŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE PÓŁTORZYCKI SPÓŁKA JAWNA |  | **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 168** |  | **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 / 10-561 / ul. Żołnierska 18 a |  |  |
| telefon/ telefony: | 089 53 93 455 |  |  |
| identyfikator REGON | 000295580 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE |  | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN / 10-561 / Żołnierska 18a |
| telefon/ telefony | 895393388 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ameryka / 11-015 / 21 |  |  |
| telefon/ telefony: | 0895194811 |  |  |
| identyfikator REGON | 000296236 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYNEK / 11-015 / AMERYKA 21 |
| telefon/ telefony | 895194823 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Z RODZINĄ I DLA RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOROTA IŁOWIECKA-QAHERI |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / ul. Henryka Sienkiewicza 4 |  |  |
| telefon/ telefony: | 087 423 51 86 |  |  |
| identyfikator REGON | 790312680 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Z RODZINĄ I DLA RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOROTA IŁOWIECKA-QAHERI |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisz / 12-200 / Henryka Sienkiewicza 4 |
| telefon/ telefony | 874235186 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ- MIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LUBAWIE |  |  |
| 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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ- MIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LUBAWIE |  | **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 172** |  | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bisztynek / 11-230 / ul. Tadeusza Kościuszki 5 |  |  |
| telefon/ telefony: | 666 454 141 |  |  |
| identyfikator REGON | 383880694 |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |  | **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 |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "OMNIA" S.C. |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG / 82-300 / KRÓLEWIECKA 195 |
| telefon/ telefony | 556110279 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA / 13-100 / Mickiewicza 23 |
| telefon/ telefony | 896250518 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zespół Usług Medycznych "PRO VITA" s.c. Zofia A.Kowalczyk, Witold J.Kowalczyk |  | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ełk / 19-300 / Kościuszki 1 |
| telefon/ telefony | 731435218 |
| Data dodania do wykazu |  |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176** |  | **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** |  | **szczepienie personelu \*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE POLMED |  | **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 |  |  |  |