

## 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                         | EIŁŁĄG, 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 pobrania | 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                         | EIŁŁĄG, 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 <b>Oddziału Pulmonologii</b>                    |   |                                 | 2020-05-26                                | 2020-05-31  |            |                                     |                                    |                                     |                |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej</b> |   |                                 | 2020-06-07                                |             |            |                                     |                                    |                                     |                |                                  |

|   |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|---|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii</b>                        |   |  | 2020-06-14                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Pediatrycznego z Pododdziałem Endokrynologicznym</b>            |   |  | 2020-06-14                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Pododdziałem Neonatologicznym</b> |   |  | 2020-06-14                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Chirurgii Dziecięcej</b>  |   |  | 2020-06-14                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>   |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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   | EIŁŁĄG, 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   |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>   |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| nazwa:  | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA            |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |

|  |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                              | OSTRÓDA, 14-100<br>UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:   | 668 207 209                                  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON  | 511398725                                    |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>  |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SZPITAL W OSTRÓDZIE<br>SPÓŁKA AKCYJNA        |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                              | OSTRÓDA, 14-100<br>UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 | NIE                           | TAK  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | S                   | IV                                      |
| 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 <b>Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii</b> |  |                               | 2020-05-31                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Chirurgii Ogólnej</b>                    |  |                               | 2020-05-31                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej</b>      |  |                               | 2020-05-31                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Otolaryngologicznego</b>                 |  |                               | 2020-05-31                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |

|   |   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Ginekologiczno-Położniczego</b> |   |                               | 2020-05-31                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Neonatologicznego</b>           |   |                               | 2020-05-31                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu <b>Oddziału Pediatrycznego</b>              |   |                               | 2020-05-31                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>                                |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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<br>UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony   | 668 207 209   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data dodania do wykazu  |   |                               | 2020-06-01                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                               | 2020-09-14                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>                               |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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<br>UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |

|   |  |                               |   |                    |                 |  |   |  |                     |   |
|---|--|-------------------------------|---|--------------------|-----------------|--|---|--|---------------------|---|
| telefon/ telefony                                 | 668 207 209  |                               |   |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                               | 2020-06-01  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                               | 2020-09-14  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>   |                               |   |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| 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  |                               |   |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19/DZIECI</b> | <b>izolatorium</b> | <b>telepoda</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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   |                               |   |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| 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         |                 |  |   |  |                     |   |



|   |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B<br>10-602 OLSZTYN                      |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                               | 511332933  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO                            | TAK<br>1 ZESPÓŁ                        | NIE  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | NIE                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B<br>10-602 OLSZTYN                      |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-03-09                             |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| nazwa:  | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15<br>10-059 OLSZTYN   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                               | 510510485  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|   |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|-----------------------|---|-----|--|
| nazwa:  | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU<br>MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI  |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15<br>10-059 OLSZTYN   | TAK<br>2 ZESPOŁY                                 | NIE  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                   | M                                       | NIE |  |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56   |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 09.03.2020<br>(25.09.2020<br>2 zespoły 2<br>os.) |  |                    |                   |  |   |  |                       | 2020-<br>10-12                          |     |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-06-17                                       |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| Data wykreślenia z wykazu <b>1 Zespołu</b>        |  | 2020-05-31                                       |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| Data wykreślenia z wykazu <b>1 Zespołu</b>        |  | 2020-06-14                                       |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-10-02                                       |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| Data dodania do wykazu <b>3 Zespołu</b>           |  | od<br>31.12.2020<br>do<br>4.01.2021              |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>           |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35<br>82-300 ELBLĄG                             |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56   |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| identyfikator REGON                               | 280302741  |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | <b>transport sanitarny **</b>                    | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |     |  |



|   |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|-----|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI | TAK<br>1 ZESPÓŁ               | NIE  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | M                                       | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35<br>82-300 ELBLĄG                             |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-03-09                    |  |                    |                   |  |   |  |                     | 2020-10-12                              |     |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                                 |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W<br>BARTOSZYCACH                  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11<br>11-200 BARTOSZYCE                         |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
| identyfikator REGON                               | 000308436  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |     |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W<br>BARTOSZYCACH                  | TAK<br>1 ZESPÓŁ               | TAK  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | S,M                 | I<br>II                                 |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11<br>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<br>1 ZESPÓŁ                        | NIE                                       | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | NIE                                 | NIE          | NIE                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWALSKA 3A<br>11-500 GIŻYCKO                      |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56                                       |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-03-13                             |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU             | TAK<br>1 ZESPÓŁ                        | TAK                                       | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | TAK                                 | NIE          | I                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146<br>82-300 ELBLĄG                   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56                                       |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| identyfikator REGON                               | 170745930  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | 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<br>1 ZESPÓŁ                        | TAK                                       | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | TAK                                 | NIE          | I                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146<br>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                    |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b>  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA<br>SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O. |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻOŁNIERSKA 18<br>10-561 OLSZTYN  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| telefon/ telefony:                                 | 89 539 99 59   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| identyfikator REGON                                | 519480610  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania</b> | <b>Poziom zabezpieczenie COVID - 19</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA<br>SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O. |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻOŁNIERSKA 18<br>10-561 OLSZTYN  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| telefon/ telefony                                  | 89 539 99 59   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |                               |  |                    |                   | 2020-04-01                                 |   |  |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ -<br>CENTRUM STOMATOLOGII RADOŚLAW NOWAK                                   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |

|  |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUŁKOWNIKA STANISŁAWA DĄBKA 94A<br>82-300 ELBLĄG                            |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 55 237 51 00  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 170062354   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - CENTRUM STOMATOLOGII RADOŚLAW NOWAK | NIE                                    | NIE  | NIE                | NIE               | TAK  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | NIE                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUŁKOWNIKA STANISŁAWA DĄBKA 94A<br>82-300 ELBLĄG                            |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 55 237 51 00  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |                   | 2020-04-01                                 |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| nazwa:   | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE                 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | AL. RACŁAWICKIE 23<br>20-049 LUBLIN   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 87 621 99 97  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 431022232   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | PORADNIA STOMATOLOGICZNA  | NIE                                    | NIE  | NIE                | NIE               | TAK  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | NIE                                     |

|  |   |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
|--|---|--|--|--------------------|-----------------|--|---|--|---------------------|---------------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30<br>19-300 EŁK                        |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| telefon/ telefony                                  | 87 621 99 97  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |                 | 2020-04-01                                 |   |  |                     |                                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>telepoda</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID-19</b> |  |
| nazwa:   | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30<br>19-300 EŁK                        | NIE                                    | TAK  | NIE                | NIE             | NIE  | TAK                                       | TAK  | M                   | I                                     |  |
| 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                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| nazwa:   | KLINIKA STOMATOLOGICZNA EKODENT                             |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | UL.KRYPSKA 30A<br>04-082 WARSZAWA                           |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| telefon/ telefony:                                 | 574 881 736   |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| identyfikator REGON                                | 141972780   |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |                                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>telepoda</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID-19</b> |  |



|  |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PISZ 12-200<br>SIENKIEWICZA 2  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 87 425 45 00   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| identyfikator REGON                                | 790316961  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| 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<br>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                                       |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| 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  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |





| 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<br>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<br>w zakresie neurologii - leczenia udarów z wyłączeniem 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                             |   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |
|---|--|
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500<br>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<br>II                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRANIEWO, 14-500<br>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                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |  |
| nazwa:   | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DOBRE MIASTO, 11-040<br>UL.GRUNWALDZKA 10B         |
| telefon/ telefony:                                 | 89 616 82 28                                       |
| identyfikator REGON                                | 510993868  |

katalog realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                   |   | transport sanitarny **                 | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | telepoda | 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                          |   |  |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | NIE                                    | TAK                                       | NIE         | NIE      | NIE                                 | NIE                                | TAK                                 | S            | I<br>II                          |
| 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 | telepoda | 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<br>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                          |   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                      |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                      |                               |  |                    |                   |  |   |  |                      |   |
| 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   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                      |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrání</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                      |   |
| 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                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                      |                               |  |                    |                   |  |   |  |                      |   |
| 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  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| 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                          |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| 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  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE | NIE                                    | TAK  | NIE                | NIE               | NIE  | TAK                                       | TAK  | S                   | I<br>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                          |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE             |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KĘTRZYN, 11-400<br>UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 664358094                                 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 510929362                                 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE             |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KĘTRZYN, 11-400<br>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                          |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa</b>            | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|  |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
|  |  |  |  |                    |                   |  | SARS-CoV-2                                |  |                     |   |
| 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<br>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                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIDZBARKU WARMIŃSKIM                        |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100<br>UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37         |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 89 767 22 71   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000308459  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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<br>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                          |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                                      |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MORĄG, 14-300<br>UL.DĄBROWSKIEGO 16   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 89 757 42 31  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000306555   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | <b>transport sanitarny **</b>   | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | NIE   | TAK  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | S                   | I                                       |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  | MORĄG, 14-300<br>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                          |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                                      |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>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                          |   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|  |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | <b>transport sanitarny **</b>   | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | NIE   | TAK  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | S                   | I<br>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                                 |                     |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID-19</b> |  |
| nazwa:   | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" | NIE                                    | TAK  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | S                   | I<br>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                          |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| 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   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID-19</b> |  |
| nazwa:   | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE                         | NIE                                    | TAK  | NIE                | NIE               | NIE  | TAK                                       | TAK  | NIE                 | I<br>II                               |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44                         |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| telefon/ telefony                                  | 89 532 62 63  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |







| 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 pobrání | 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                          |   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |               |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |               |                                  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHOROÓB 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  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |               |                                  |
| 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 pobrání | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHOROÓB 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 |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>         |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |
| 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                                      |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |            |
| 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                                   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |
| 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                          |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |            |



| 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<br>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                          |  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| 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                                |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |                                      | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| 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                            |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                      | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZYTNIE |  |  |                    |                   |  |   |  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12 | NIE                                    | TAK  | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | S                     | I                                       |
| 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                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                      | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |





|  |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
|--|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|--|
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| 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   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | <b>transport sanitarny **</b>                           | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| 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  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   | 2020-09-15                                       | 2020-11-13         |                   |  |   | 2020-04-14                                 |                     | 2020-09-15                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  | 2020-12-15         |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| 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   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID-19</b> |
| 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<br>UL.ARMII KRAJOWEJ 24          |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| telefon/ telefony                                  | 89 762 70 64  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 |                     |                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN, 10-228<br>UL.WOJSKA POLSKIEGO 35                 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| telefon/ telefony:                                 | 89 678 53 53  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| identyfikator REGON                                | 000295484   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID-19</b> |
| 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<br>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                          |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| 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  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |                               | 2020-11-10                                       |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 |                     | 2020-11-10                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |

|   |  |
|---|--|
| nazwa:  | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY<br>PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600<br>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 | telepoda | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|---|-------------|----------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:   | NIE   | TAK                                       | NIE         | NIE      | NIE                                 | NIE                                | TAK                                 | NIE          | III psychiatria                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |   |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  |   |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             |   |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   | 2020-11-16                                |             |          |                                     |                                    | 2020-04-14                          |              | 2020-11-16                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                                    |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:   | ALERGO-TERAPIA<br>B. MORDASEWICZ-DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA<br>SPÓŁKA JAWNA |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BARTOSZYCE,11-200<br>ANDRZEJA WAJDY 10/37                                 |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 602595244   |   |             |          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|  |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| identyfikator REGON                                | 281471546   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | ALERGO-TERAPIA<br>B. MORDASEWICZ-DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA<br>SPÓŁKA JAWNA   | NIE                                    | NIE  | NIE                | TAK               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | NIE                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BARTOSZYCE,11-200<br>ANDRZEJA WAJDY 10/37   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 602595244   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    | 2020-04-21        |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY STOMATOLOGICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ DOCTRINA S.C. KAROLINA<br>BURKHARDT-STANISŁAWSKA, MACIEJ<br>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   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|  |  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
|--|--|--|--|--------------------|-----------------|--|---|--|---------------------|---|-----|
| 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   | NIE                                    | NIE  | NIE                | TAK             | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | NIE                                     | NIE |
| telefon/ telefony                                  | 55 232 72 60   |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    | 2020-04-22      |  |   |  |                     |   |     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| nazwa:   | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNE  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE GRODZICZNO/13-324/NOWE GRODZICZNO 17 B  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| telefon/ telefony:                                 | 56 472 91 27   |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| identyfikator REGON                                | 870373859  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>telepoda</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |     |
| nazwa:   | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNE  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE GRODZICZNO/13-324/NOWE GRODZICZNO 17 B  | NIE                                    | NIE  | NIE                | TAK             | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | NIE                                     | NIE |
| telefon/ telefony                                  | 56 472 91 27   |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  |                    | 2020-04-22      |  |   |  |                     |   |     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |     |

|  |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| 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  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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                          |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| 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  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|  |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---------------------------------------|--|
| nazwa:   | ONKOLOGICZNA PRACOWNIA MOLEKULARNA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN/10-357/ul. Jagiellońska 78D   | NIE                                    | NIE  | NIE                | NIE               | NIE  | TAK                                       | NIE  | NIE                 | NIE                                   |  |
| telefon/ telefony                                  | 505 233 526/605 492 111   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    |                   |  | 2020-04-28                                |  |                     |                                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY             |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŁAKOWO/14-310/MIKOŁAJA KOPERNIKA 17   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| telefon/ telefony:                                 | 731927542   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| identyfikator REGON                                | 383880694   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID-19</b> |  |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY             |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŁAKOWO/14-310/MIKOŁAJA KOPERNIKA 17   | NIE                                    | NIE  | NIE                | TAK               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | NIE                                   |  |
| telefon/ telefony                                  | 731927542   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |  |                    | 2020-04-30        |  |   |  |                     |                                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |                                       |  |

|  |   |
|--|---|
| 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   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   |
| nazwa:   | Laboratorium Medyczne BIOLAB                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTRÓDA/14-100/GRUNWALDZKA 62                                   |
| telefon/ telefony                                  | 500 666 190   |
| Data dodania do wykazu                             |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |   |
| nazwa:   | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GIŻYCKO 11-500<br>ALEJA 1-GO MAJA 14                            |
| telefon/ telefony:                                 | 695 227 970   |
| identyfikator REGON                                | 385294919   |

| 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 |
|--|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| NIE                                    | NIE                                       | NIE         | NIE        | NIE                                 | TAK                                | NIE                                 | NIE          | NIE                              |
|  |   |             |            |                                     | 2020-06-16                         |                                     |              |                                  |
| <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| 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                          |  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                          |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| 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  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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                          |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> | 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   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | <b>transport sanitarny **</b>   | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| 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  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |  |                    | 2020-09-23        |  |   |  |                     |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> | katalog realizowanych świadczeń   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |  |

|  |   |
|--|---|
| nazwa:   | LABORATORIA MEDYCZNE OPTIMED KURIATA,<br>WROŃSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KETRZYN/11-400/DASZYŃSKIEGO 31A   |
| telefon/ telefony:                                 | 510 309 520   |
| identyfikator REGON                                | 280051641   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   |
| nazwa:   | Laboratoria Medyczne OptiMed LC   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KETRZYN/11-400/DASZYŃSKIEGO 31A   |
| telefon/ telefony                                  | 510 309 520   |
| Data dodania do wykazu                             |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |   |
| 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   |

| transport sanitarny **                 | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | telepoda | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|-------------|----------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|
| NIE                                    | NIE                                       | NIE         | NIE      | NIE                                 | TAK                                | NIE                                 | M              | NIE                              |
|  |   |             |          |                                     | 2020-11-26                         |                                     | 2020-10-26     |                                  |
| <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |          |                                     |                                    |                                     |                |                                  |





|  |  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
|--|--|--|--|--------------------|-----------------|--|---|--|---------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| nazwa:   | PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE WITAL<br>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  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>telepoda</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Sanatorium Uzdrowskie Wital                          |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gołdap/19-500/ul. Wczasowa 7                         | NIE                                    | NIE  | TAK                | NIE             | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 | ND                                      |
| telefon/ telefony                                  | 87 615 41 95   |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| Data dodania do wykazu                             |  |  |  | 2020-11-06         |                 |  |   |  |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| 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                      |                               |  |                    |                 |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>telepoda</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | KTS Triomed Sp. z o.o.         | TAK<br>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

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>                                 |
|--|---|
|  | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| 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**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>                                 |
|--|---|
|  | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| 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**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>                                 |
|--|---|
|  | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| 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**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>                                 |
|--|---|
|  | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| 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<br>SPÓŁKA AKCYJNA  |                            |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100<br>UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1   |                            |                             |
| telefon/ telefony:                                | 89 646 06 40   |                            |                             |
| identyfikator REGON                               | 511398725  |                            |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL W OSTRÓDZIE<br>SPÓŁKA AKCYJNA  | W                          |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100<br>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<br>DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA<br>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<br>DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA<br>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<br>W ELBLĄGU   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO<br>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<br>W ELBLĄGU   | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO<br>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<br>W ELBLĄGU   | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO<br>35   |                         |                             |

|   |  |                              |                                |                                    |  |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| telefon/ telefony                                 | 55 239 44 02   |                              |                                |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-12-23                   |                                |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                              |                                |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                    |  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY<br>W ELBLĄGU                  |                              |                                |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146<br>82-300 ELBLĄG                           |                              |                                |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                | 55 234 41 11<br>55 234 56 12                               |                              |                                |                                    |  |
| identyfikator REGON                               | 170745930  |                              |                                |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  |                              |                                | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY<br>W ELBLĄGU                  | <b>W</b>                     |                                |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146<br>82-300 ELBLĄG                           |                              |                                |                                    |  |
| telefon/ telefony                                 | 55 234 41 11<br>55 234 56 12                               |                              |                                |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                              |                                | 2020-12-23                         |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                              |                                |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                    |  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA<br>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  |                              |                                |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  |                              |                                | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |

|   |  |                                    |  |            |
|---|--|------------------------------------|--|------------|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA<br>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                         |  |                                    |  |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |            |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W<br>BARTOSZYCACH      | W                                  |  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11<br>11-200 BARTOSZYCE             |                                    |  |            |
| telefon/ telefony:                                | 89 675 23 50   |                                    |  |            |
| identyfikator REGON                               | 000308436  |                                    |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |            |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W<br>BARTOSZYCACH      | W                                  |  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11<br>11-200 BARTOSZYCE             |                                    |  |            |
| telefon/ telefony                                 | 89 675 23 50   |                                    |  |            |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                    |  | 2020-12-23 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                    |  |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |            |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W<br>BISKUPCU         | W                                  |  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC, 11-300<br>UL.ARMI I 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<br>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<br>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<br>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<br>UL.MONIUSZKI 13  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 55 620 84 70   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-12-23                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040<br>UL.GRUNWALDZKA 10B                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 89 616 82 28   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 510993868  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE                             | W                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040<br>UL.GRUNWALDZKA 10B                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 89 616 82 28   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-12-23                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE                             | P                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040<br>UL.GRUNWALDZKA 10B                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 89 616 82 28   |                                |                                    |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             |   | 2020-12-23                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DZIAŁDOWO, 13-200<br>UL.LEŚNA 1                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 697 22 11  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000310172   |                                |                                    |
|  |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DZIAŁDOWO, 13-200<br>UL.LEŚNA 1                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 697 22 11  |                                |                                    |
|  |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   | 2020-12-23                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
|  |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>W</b>                       |                                    |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                       |                                    |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | AL. RACŁAWICKIE 23<br>20-049 LUBLIN                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 87 621 99 97  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 431022232   |                                |                                    |
|  |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | 1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30<br>19-300 EŁK                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 87 621 99 94  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   | 2020-12-23                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GIŻYCKO 11-500<br>ALEJA 1-GO MAJA 14                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 87 429 66 01  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 385294919   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GIŻYCKO 11-500<br>ALEJA 1-GO MAJA 14                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 87 429 66 01  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 87 615 13 76  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 790243995   |                                |                                    |
|  |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 87 615 13 76  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IŁAWA, 14-200<br>UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 89 644 96 00   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 510879196  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IŁAWA, 14-200<br>UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 89 644 96 00   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KĘTRZYN, 11-400<br>UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 664358094  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 510929362  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE                          | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KĘTRZYN, 11-400<br>UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 664358094  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                |                                    |

|  |  |                              |                                |                                    |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                    |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W LIDZBARKU WARMIŃSKIM                             |                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100<br>UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37                 |                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 89 767 22 71   |                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000308459  |                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W LIDZBARKU WARMIŃSKIM                             | <b>W</b>                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100<br>UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37                 |                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 89 767 22 71   |                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                              |                                | 2020-12-23                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                    |
| nazwa:   | SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA<br>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  |                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> |
| nazwa:   | SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>W</b>                     |                                |                                    |

|  |                                       |                                    |  |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| 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                          |                                       |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                       | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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                             |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                       | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W NIDZICY | <b>W</b>                           |  |
| 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                          |                                       |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                       | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W NIDZICY | <b>P</b>                           |  |
| 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                          |                                       |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |                                       | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |



|  |   |                                    |  |                                    |
|--|---|------------------------------------|--|------------------------------------|
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE<br>LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTO LUBAWSKIE, 13-300<br>UL.MICKIEWICZA 10  |                                    |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 474 23 57  |                                    |  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 519638554   |                                    |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |                                    |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE<br>LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>W</b>                           |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTO LUBAWSKIE, 13-300<br>UL.MICKIEWICZA 10  |                                    |  |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 56 474 23 57  |                                    |  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                    |  | 2020-12-23                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                    |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |                                    |
| nazwa:   | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z<br>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   |                                    |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                                    |  | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> |
| nazwa:   | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ"                          | <b>W</b>                           |  |                                    |
| 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                          |   |                                    |  |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
|--|---|------------------------------------|--|
| nazwa:   | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY<br>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   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY<br>W OLSZTYNIE          | <b>W</b>                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44             |                                    |  |
| telefon/ telefony                                  | 89 532 62 63                                      |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY<br>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   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY<br>W OLSZTYNIE | <b>W</b>                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18                 |                                    |  |
| telefon/ telefony                                  | 89 538 63 56                                      |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                    |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       |  | szczepienie personelu      | szczepienie populacyjne        |
|---|--|----------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY<br>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<br>* | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY<br>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<br>ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW<br>WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z<br>WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII<br>W OLSZTYNIE |                            |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228<br>UL.WOJSKA POLSKIEGO 37  |                            |                                |
| telefon/ telefony:                                | 89 539 80 00   |                            |                                |
| identyfikator REGON                               | 510022366  |                            |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu<br>* | liczba zespołów (w<br>miejscu) |

|  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW<br>WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z<br>WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII<br>W OLSZTYNIE | W                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN, 10-228<br>UL.WOJSKA POLSKIEGO 37  |                                    |  |
| telefon/ telefony                                  | 89 539 80 00   |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             |  | 2020-12-23                         |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| nazwa:   | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>W PASŁĘKU"  | W                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A   |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 55 249 15 90   |                                    |  |
| identyfikator REGON                                | 280450772  |                                    |  |
|  |  |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>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                          |  |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>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                          |  |                              |                                |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU |                              |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PISZ 12-200<br>SIENKIEWICZA 2  |                              |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 87 425 45 00   |                              |                                |                                |
| identyfikator REGON                                | 790316961  |                              |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                | <b>szczepienie personelu *</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU | <b>W</b>                     |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PISZ 12-200<br>SIENKIEWICZA 2  |                              |                                |                                |
| telefon/ telefony                                  | 87 425 45 00   |                              |                                |                                |
| Data dodania do wykazu                             |  |                              |                                | 2020-12-23                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                |
| 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                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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       |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL<br>POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY<br>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                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL<br>POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY<br>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       |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W<br>GÓROWIE IŁAWECKIM   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE/11-220/ARMII KRAJOWEJ<br>24  |                      |                             |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 89 762 70 64  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000294616   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
|  |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE             |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |            |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN, 10-228<br>UL.WOJSKA POLSKIEGO 35  |                                |                                    |            |
| telefon/ telefony:                                 | 89 678 53 53   |                                |                                    |            |
| identyfikator REGON                                | 000295484  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA<br>PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE                                     | P                              |                                    |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN, 10-228<br>UL.WOJSKA POLSKIEGO 35  |                                |                                    |            |
| telefon/ telefony                                  | 89 678 53 53   |                                |                                    |            |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                |                                    | 2020-12-23 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY<br>PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY<br>PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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                          |   |                              |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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   |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                              |                                |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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                             |   |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   | 2021-01-08                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE WITAL<br>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   |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                              |                                |
| nazwa:   | PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE WITAL<br>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                          |  |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| nazwa:   | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MORĄG, 14-300<br>UL.DĄBROWSKIEGO 16                              |                                |                                    |            |
| telefon/ telefony:                                 | 89 757 42 31   |                                |                                    |            |
| identyfikator REGON                                | 000306555  |                                |                                    |            |
|  |  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P                              |                                    |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MORĄG, 14-300<br>UL.DĄBROWSKIEGO 16                              |                                |                                    |            |
| telefon/ telefony                                  | 89 757 42 31   |                                |                                    |            |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                |                                    | 2020-12-23 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| 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  |                                |                                    |            |
|  |  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| 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                   |                                |                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                   |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD<br>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   |                              |                                |                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                              |                                | <b>szczepienie personelu</b><br>* |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD<br>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                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                   |
| nazwa:   | ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY SP. Z O.O.<br>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   |                              |                                |                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                              |                                | <b>szczepienie personelu</b><br>* |

|  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| nazwa:   | ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY SP. Z O.O.<br>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                          |  |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW<br>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  |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW<br>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                          |  |                                    |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| nazwa:   | ZGROMADZENIE SIÓSTR MIŁOSIERDZIA ŚW.<br>WINCENTEGO A PAULO PROWINCJA<br>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<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZTYN/10-686/BOENIGKA 9   |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 89 541 35 70  |                                    |  |
| identyfikator REGON                                | 280136389   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | CERTUSVIA SPÓŁKA Z OGRANICZONA<br>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                         |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>       | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"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   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu<br/>*</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"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 CHOROÓB 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 CHOROÓB 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                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | CENTRUM KARDIOLOGII SCANMED W ŁAWIE  | P                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAWA, 14-200<br>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       |  | szczenie personelu   | szczenie 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                    |  | szczenie 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "ADAMED" LEKARZE SPECJALIŚCI LUCJA ADAMOWICZ, SERGIUSZ ADAMOWICZ SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRABOWO / 19-500 / Grabowo 27 A   |                                | 2                                  |
| telefon/ telefony                                 | 876156637   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "ESKULAP" BOGUSŁAWA ORZECZOWSKA JAROSŁAW GOLUBIEWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłomłyn / 14-140 / ul. Cicha 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | (089) 647-31-69   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 511349158   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "ESKULAP" BOGUSŁAWA ORZECZOWSKA 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                         |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO / 12-100 / KOŚCIUSZKI 20                 |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 517140009   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "JANISZEWSKI I PARTNERZY - LEKARZE"               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pasłęk / 14-400 / Plac Grunwaldzki 8              |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 552491921   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "LEKARZE DOMOWI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                                |                                    |
| 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                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "LEKARZE DOMOWI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                                |                                    |
| 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                         |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |                                    |
| 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                         |  |                                |                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |                                    |
| 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  |                                |                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                         |  |                                |                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA-DZIAŁG, 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA-DZIAŁG, 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                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "NASZ LEKARZ M.TOCZYSKA, T.DRABIŃSKA-DZIAŁG, 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                         |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "NZOZ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA" |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lidzbark /13-230 / Zieluńska 25   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 696462231   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "NZOZ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA" |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Niechłonin 93 / 13-206  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 696462231   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ " |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "OMEGA" TOPOLSCY SPÓŁKA JAWNA                                  |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "OŚRODEK ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH, WIKTOR GOŚLICKI, ZBIGNIEW GOŚLICKI SPÓŁKA JAWNA" |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "PANACEUM" KULIŚ, GROCH, KOKOLUS PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |   |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "PANTAMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olsztyn / 10-461 / Pana Tadeusza 6                 |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 510534352  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "SAMMED" Beata Samul-Kozłowska Spółka Jawna        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lutry / 11-311 / Lutry 48                          |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 897162124  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "TAR-MEDICA" TARASIUK LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szczytno / 12-100 / Bolesława Chrobrego 10  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 896231315   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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 / Bażyńskiego 2   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 552323300   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "Vita-Med" Marta Gała   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pisz / 12-200 / ul. dr. Władysława Klementowskiego 8  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 874254527   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "ZDROWIE" LEKARZ RYSZARD WIELECHOWSKI LEKARZ EMILIA MARIA KULAS-LEWANDOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lidzbark / 13-230 / Brzozowa 10   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 608036411   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | "ZDROWIE"S.C. BEATA MISIEWICZ, BEATA ROGUCA, 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "ZDROWIE"S.C. BEATA MISIEWICZ, BEATA ROGUCA, 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ALMED A.A.IWANIUK, M.PURWIN SPÓŁKA JAWNA   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dubeninki / 19-504 / Dębowa 7A   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 876158108  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ANDRZEJ WIĘCEK "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ I SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES" |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NIDZICA / 13-100 / ŻEROMSKIEGO 9   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 866253837  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ANNA LEOKADIA OSOWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZA PRZYCHODNIA" |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sępopol / 11-210 / Lipowa 1   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 897614401   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ANNA LEŚNIEWSKA   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Milejewo / 82-316 / Lipowa 4  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 552312226   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |



|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | CYPERMED Cyprian Broszkiewicz           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBOMINO / 11-135 / ul.Kopernika 51     |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 896160716                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | CZESŁAW SADOWNIK NZOZ "POLI-MED"        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Giżycko / 11-500 / Wodociągowa 17       |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 600971107                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olsztyn / 10-692 / Jana Janowicza 1  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 12 295 01 00   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DORA-M.ED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYDMINY / 11-510 / DWORCOWA 1B   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 87 4281755   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | ELBLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE LIFECLINICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |            |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Elbląg / 82-300 / ul. Węgrowa 3  |                                |                                    |            |
| telefon/ telefony:                                 | 55 235 11 94   |                                |                                    |            |
| identyfikator REGON                                | 363178515  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | ELBLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE LIFECLINICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | 3                                  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Elbląg / 82-300 / Węgrowa 3  |                                |                                    |            |
| telefon/ telefony                                  | 552351194  |                                |                                    |            |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                |                                    | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| 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  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| 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                          |  |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | EWA STECKIEWICZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lidzbark Warmiński / 11-100 / Aleksandra Świętochowskiego 7b    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 897670205   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | FURMANIAK LEKARZ I PARTNER SPÓŁKA PARTNERSKA                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Giżycko / 11-500 / Wodociągowa 17                               |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 727 769 686   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W LELKOWIE  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lelkowo / 14-521 / 19  |                                |                                    |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 552448168                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 380158710                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                   |                                |                                    |

|  |  |                                 |  |            |
|--|--|---------------------------------|--|------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | GMINNY SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                |                                 | <b>1</b>                               |            |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu   | KURZĘTNIK / 13-306 / ŁĄKOWA 10                             |                                 |  |            |
| telefon/ telefony                                      | 564748970  |                                 |  |            |
| Data dodania do wykazu                                 |  |                                 |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |                                 |  |            |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 43</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |            |
| nazwa:   | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ         |                                 |  |            |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu   | Gołdap / 19-500 / ul. Słoneczna 7                          |                                 |  |            |
| telefon/ telefony:                                     | 087- 615-13-76   |                                 |  |            |
| identyfikator REGON                                    | 790243995  |                                 |  |            |
|  |  |                                 |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |            |
| nazwa:   | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ         |                                 | <b>1</b>                               |            |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu   | Gołdap / 19-500 / Słoneczna 7                              |                                 |  |            |
| telefon/ telefony                                      | 604481179  |                                 |  |            |
| Data dodania do wykazu                                 |  |                                 |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |                                 |  |            |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 44</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |            |
| nazwa:   | GRUPA ZDROWIE SUSZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |            |
| adres: miejscowość/ kod<br>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  |                                 |  |            |
|  |  |                                 |  |            |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
|--|--|---------------------------------|--|
| nazwa:   | GRUPA ZDROWIE SUSZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 | 1                                      |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu   | Susz / 14-240 / Józefa Wybickiego 9                        |                                 |  |
| telefon/ telefony                                      | 728 427 285  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                                 |  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |                                 |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 45</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | Jacek Kuleta   |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu   | Olsztyn / 10-802 / ul. Zbożowa 27E                         |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                     | 601056638  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                    | 891007213  |                                 |  |
|  |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Jacek Kuleta   |                                 | 1                                      |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu   | BISKUPIEC / 11-300 / ARMII KRAJOWEJ 8                      |                                 |  |
| telefon/ telefony                                      | 601056638  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                                 |  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |                                 |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 46</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | JERZY MARCZAK  |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu   | Działdowo / 13-200 / ul. Lidzbarska 33                     |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                     | 236894372  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                    | 130128162  |                                 |  |
|  |  |                                 |  |



|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |

|  |                                      |                                |                                    |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                      |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | LEK. GRAŻYNA ŻMUDZIŃSKA                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BISKUPIEC / 11300 / ARMII KRAJOWEJ 2A           |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 604484442                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Elbląg / 82-300 / Stoczniowa 2                  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 22 332 28 88                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olsztyn / 10-273 / Jagiellońska 26/1A                               |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 22 332 28 88  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Magdalena Willenberg  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Iłowo-Osada / 13-240 / ul. Leśna 3D                                 |                                | 2                                  |
| telefon/ telefony                                  | 0236541006  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | MAŁGORZATA ŁUBIŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świątajno / 12-140 / ul. Leśna 4 P                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 089- 6226107  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 510463640   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | MAŁGORZATA ŁUBIŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" |                                | 1                                  |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świątajno / 12-140 / Leśna 4p                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 606718681   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | MEDYK ELŻBIETA KARDASZ-KOPYTKO I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Młynary / 14-420 / Dworcowa 33                          |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 604254343   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | MEDYK ELŻBIETA KARDASZ-KOPYTKO I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wilczęta / 14-405 / Wilczęta 95                         |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 604254343   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Michał Jędrzyński                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Elbląg / 82-300 / Stefana Żeromskiego 2B     |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 552334755                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W BARCZEWIE      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Barczewo / 11-010 / Lipowa 2                 |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 514083963                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | MUŚKO ELŻBIETA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                    |
| nazwa:   | MUŚKO ELŻBIETA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "GRUNWALDZKA" SKWIRA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA           |                                |                                    |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" SPÓŁKA CYWILNA HENRYKA BARANOWSKA I WSPÓLNICY |                                |                                    |
| 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                          |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY AKADEMICKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WAWRYK, GAŹECKA 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY AKADEMICKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WAWRYK, GAŹECKA 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCyny RODZINNEJ "MED-KOR" KRYSZYNA BADOWSKA-RECHINBACH              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Korsze / 11-430 / ul. Władysława Reymonta 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 89 754 06 28   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 510262739  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCyny RODZINNEJ "MED-KOR" KRYSZYNA 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCyny RODZINNEJ "MODZELEWSKA-BAKUN" S.C. BARBARA MODZELEWSKA, ALEKSANDRA BAKUN                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olsztyn / 10-686 / Wańkowicza 5  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 89 542 60 67 , 89 542 41 96  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD-MED" Beata Siergiej   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Działdowo / 13-200 / Uzdowo 92  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 503008207   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AMICUS" LEKARZE DOMINIĄK, 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DELFINIEK" LEK. MED. PĘDZIBEK-TYKOCKA KRYSZYNA EWA                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pisz / 12-200 / ul. Trzciniowa 5  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 087 423 55 43   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 790119918   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DELFINIEK" LEK. MED. PĘDZIBEK-TYKOCKA KRYSZYNA 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" BOŻENA GROCHOWSKA  |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
|  |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "O.K.MED" S.C. PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH   |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OL - MED"S.C. ELŻBIETA JARMOWSKA, ELŻBIETA JÓŻWIK, DANUTA KOZŁOWSKA - TRUSEWICZ, EWA SKRZYCKA, RAFAŁ SKUTECKI |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olsztyn / 10-455 / ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 16   |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 89 533 72 31   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 510897060  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OL - MED"S.C. ELŻBIETA JARMOWSKA, ELŻBIETA JÓŹWIK, DANUTA KOZŁOWSKA - TRUSEWICZ, EWA SKRZYCKA, RAFAŁ SKUTECKI |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLMED" KRYSZYNA 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLMED" KRYSZYNA OLSZEWSKA   |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLS-MED" SPÓŁKA JAWNA WIOLETTA OLSZEWSKA, ARTUR OLSZEWSKI |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLS-MED" SPÓŁKA JAWNA WIOLETTA OLSZEWSKA, ARTUR OLSZEWSKI |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |



| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panakeja" lek. Waldemar Połczyński            |                                | <b>2</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PORADNIA ZDROWIA RODZINY" KRYSZYNA 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  |                                |                                    |
|  |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PORADNIA ZDROWIA RODZINY" KRYSZYNA SKARZYŃSKA |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" S.C. SYLWIA BOBOJĆ, ALICJA KARKUT-BZDYRA |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olsztyn / 10-691 / Świtycz-Widackiej 3  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 895358031   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANOMED" - WOJCIECH PODOWSKI                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Płońnica / 13-206 / ul. Lipowa 4  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 696 80 25; 23 696 82 30  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 130318425   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANOMED" - WOJCIECH PODOWSKI                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Płońnica / 13-206 / Lipowa 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 696 80 25  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOL-VITA" S.C. PRAKTYKA LEKARZA OGÓLNEGO I DZIECIĘCEGO<br>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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOL-VITA" S.C. PRAKTYKA LEKARZA OGÓLNEGO I DZIECIĘCEGO<br>RADOSŁAW WIŚNIEWSKI, PIOTR BERNECKI |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOL-VITA" S.C. PRAKTYKA LEKARZA OGÓLNEGO I DZIECIĘCEGO<br>RADOSŁAW WIŚNIEWSKI, PIOTR BERNECKI |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE EL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                             |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Ewa Wysocka-Nowak |                                | <b>1</b>                           |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" MARIA RUSIŁOWICZ  |                                | <b>2</b>                           |
| 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                          |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c.                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrówno / 14-120 / Ogrodowa 2A  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 896474010  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GABINET LEKARZA RODZINNEGO BŁAŻEJ BOGUTA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miłakowo / 14-310 / Mikołaja Kopernika 43878                                   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 601652550  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |



| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. L. RYDYGIERA TOMASZ KARDACZ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jonkowo / 11-042 / Lipowa 11  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 895129008   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAREK REZA                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Purda / 11-030 / - 11   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 895235880   |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                              |                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             |   |                              | 2021-01-04                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                |                                    |
| 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   |                              |                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                              |                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OPIEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                              |                                |                                |                                    |
| 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                          |   |                              |                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                |                                    |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BEATA SALKOWSKA-WIĘŚAK                |                              |                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pisz / 12-200 / ul. Henryka Sienkiewicza 4  |                              |                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 87 424 05 10  |                              |                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 790668134   |                              |                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                              |                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BEATA SALKOWSKA-WIĘŚAK                |                              |                                |                                |                                    |
|  |   |                              | 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ DANUTA ZOFIA PAWLICKA |                                |                                    |
| 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                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|  |   |                                | <b>1</b>                           |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ STANISŁAW WOŹNIAK            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BUDRY / 11-606 / ALEJA WOJSKA POSKIEGO 25  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 874278004  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b>  |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ZYGMUNT ZIEMBA               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piecki / 11-710 / Zwycięstwa 21  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 89 742 11 43   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                            |  |                         |                             |
| 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                            |  |                         |                             |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA "TROSKA" M.PAPROCHA, A.PAPROCHA SPÓŁKA JAWNA |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ RAJMUND RUSIECKI   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | EŁK / 19-300 / GRODZIENSKA 10  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 535536886  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REMEDIUM S.C. HANNA BUDZYŃSKA-REICHEL, HALINA KUBIAK             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olsztyn / 10-092 / Aleja Obrońców Tobruku 15 / 1   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 089 527 49 20  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 510895143  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REMEDIUM S.C. HANNA BUDZYŃSKA-REICHEL, HALINA KUBIAK     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLSZTYN / 10-092 / OBROŃCÓW TOBRUKU 15 lok 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 509863977  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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. Barbiny Świtycz-Widackiej 3   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 895418660  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 510899419  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA-MED D.ŻERAŃSKA, M.SZWED, Z.CZARNIAWSKI SPÓŁKA JAWNA |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olsztyn / 10-691 / Świtycz-Widackiej 3   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 895418660  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SORKWITACH- DARIUSZ KONIECZNY           |                                | <b>1</b>                           |            |
| 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                           |   |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| 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   |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ " WOJ-MED" BOGUSŁAWA WOJTANIS |                                | <b>1</b>                           |            |
| 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                           |   |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAKRZEWSKA-ROGALSKA" S.C.MAŁGORZATA<br>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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAKRZEWSKA-ROGALSKA" S.C.MAŁGORZATA<br>ROGALSKA, KAROLINA ZAKRZEWSKA |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIĄTKACH EDYTA ILKIEWICZ   |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NOVAMED GALIŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ełk / 19-300 / Juliana Tuwima 20/5u  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 798750922  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ FAMILVITA JOLANTA MATYSZCZYK-JUŚKIEWICZ MONIKA STELMACH LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olsztyn / 10-686 / Wilczyńskiego 27 A  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 606 88 40 08   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                                   | 601678217   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ USŁUGI LEKARSKIE MARIAN FELIKS WŁODZIMIERSKI   |                                |                                    |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia " Markusy " - Jadwiga Arndt                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gronowo Elbląskie / 82-335 / Elbląska 11A                            |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 552315602  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia " Markusy " - Jadwiga Arndt                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Markusy / 82-325 / Markusy 70/1                                      |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 552317117  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                            |   |                         |                             |
| 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                            |   |                         |                             |
| 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  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| 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                           |  |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| 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  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| 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 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Braniewo / 14-500 / Moniuszki 13   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 556208473  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W ŁAWIE                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ława / 14-200 / ul. gen. Władysława Andersa 3                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 89 644 96 00   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 510879196  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W ŁAWIE                          |                                |                                    |
|   |  |                                | 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARSKA "PROMEDICA" LEK. EWA DZIEKOŃSKA                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świątajno / 12-140 / Grunwaldzka 13C                                      |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 896226105   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej "ESCU LAP" Agata Zborowska |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RYCHLIKI / 14-411 / RYCHLIKI 110  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 55 248 84 09  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 170359775   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej "ESCU LAP" 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego "Jaśminowa" Spółka Lekarska Gańko i Partnerzy  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Elbląg / 82-300 / Robotnicza 79  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 552340449  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |                              |                                |                                |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 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                           |  |                              |                                |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                |
| 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  |                              |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |                              |                                | <b>szczepienie personelu *</b> |
| 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                           |  |                              |                                |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |                                |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              |  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |

|   |   |                                 |  |            |
|---|---|---------------------------------|--|------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |            |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA ANNA KOWENICKA NZOZ                    |                                 | <b>1</b>                               |            |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu    | Olsztyn / 10-448 / Głowackiego 28                           |                                 |  |            |
| telefon/ telefony                                       | 895277393   |                                 |  |            |
| Data dodania do wykazu                                  |   |                                 |  | 2021-01-04 |
| Data wykreślenia z wykazu                               |   |                                 |  |            |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 129</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |            |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Lidia Palmi-Kukiełko                   |                                 |  |            |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu    | Ruciane-Nida / 12-220 / ul. Gałczyńskiego 14                |                                 |  |            |
| telefon/ telefony:                                      | 608522839   |                                 |  |            |
| identyfikator REGON                                     | 511317715   |                                 |  |            |
|   |   |                                 |  |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |            |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Lidia Palmi-Kukiełko                   |                                 | <b>1</b>                               |            |
| adres: miejscowość/ kod<br>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                               |   |                                 |  |            |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 130</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |            |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA MEDIX GÓRSKI, KĄŻMIERCZAK SPÓŁKA JAWNA |                                 |  |            |
| adres: miejscowość/ kod<br>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                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA MEDIX GÓRSKI, KAŻMIERCZAK SPÓŁKA JAWNA                   |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wielbark / 12-160 / Kętrzyńskiego 1   |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 662191983   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            |   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131      |   | szczenie personelu   | szczenie 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                    |   | szczenie 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                            |   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132      |   | szczenie personelu   | szczenie 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
|   |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNI                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowe Grodziczno / 13-324 / 17B  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 056-4729127   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 870373859   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE              |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mrocno / 13-324 / Mrocno 14                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 564741118   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | RODZINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ława / 14-200 / ul. Aleja Jana Pawła II 14                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 89 649 22 60  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 510895002                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | RODZINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ława / 14-200 / Al. Jana Pawła II 14            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 896499261                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   | 2021-01-04                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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 / Źródłana 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach                     |                                |                                    |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " MEDICUS" Tomasz Malich |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lidzbark Warmiński / 11-100 / 11-go listopada 15                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 897676700  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MAZUR-MED" POMIEĆKO SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mragowo / 11-700 / Osiedle Mazurskie 33 A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 089-741-74-10   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 510998297   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MAZUR-MED" POMIEĆKO SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mragowo / 11-700 / Os.Mazurskie 33a   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 897417410   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KOWALACH OLECKICH                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOWALE OLECKIE / 19-420 / WITOSA 1  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 87 5238206  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MAŁDYTACH   |                                |                                    |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W WIELICZKACH |                                |                                    |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rybnie   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rybno / 13-220 / Zajeziorna 58                                   |                                | 3                                  |
| telefon/ telefony                                   | 23 6966024, 23 6966833   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Biskupiec / 13-340 / Lipowa 7  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 564745074  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu    | Działdowo / 13-200 / Leśna 1                                |                                 |  |
| telefon/ telefony                                       | 236972211   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                                  |   | 2021-01-04                      |  |
| Data wykreślenia z wykazu                               |   |                                 |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 152</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | SNZPOZ PRZYCHODNIA ZATORZE BRYGIDA GULDA                    |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu    | Elbląg / 82-300 / ul. Lotnicza 51                           |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                      | 55 233 65 74  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                     | 170298832   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | SNZPOZ PRZYCHODNIA ZATORZE BRYGIDA GULDA                    |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu    | ELBLĄG / 82-300 / LOTNICZA 51                               |                                 |  |
| telefon/ telefony                                       | 552336574   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                                  |   | 2021-01-04                      |  |
| Data wykreślenia z wykazu                               |   |                                 |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 153</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Spółka Cywilna - Jarosław Podgórski, Joanna Pleskowicz      |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod<br>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                    |   | szczenie 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      |   | szczenie personelu   | szczenie 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                    |   | szczenie 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      |   | szczenie personelu   | szczenie 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SPÓŁKA CYWILNA "SROK-MED" MONIKA OSTROWSKA-KASPRZAK, CHOCIEŁOWSKI PIOTR                               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Srokowo / 11-420 / Ludowa 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 897534005   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> |                                    |
| nazwa:  | SPÓŁKA CYWILNA PIMABA JOANNA PISKÓRZ-WAPIŃSKA, BOŻENNA EMERLA-MARCZAK, JOWITA BARTUZI, TOMASZ BARTUZI |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTRODA / 14-100 / JANA III SOBIESKIEGO 3C/42   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 896467246   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | SPÓŁKA LEKARSKA "DUŻY MEDYK" ŁUBA I PARTNERZY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Elbląg / 82-300 / ul. Jana Myliusza 20        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 55 232 25 65                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 170741345                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SPÓŁKA LEKARSKA "DUŻY MEDYK" ŁUBA I PARTNERZY |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Elbląg / 82-300 / Myliusza 20                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 552322565                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SPÓŁKA LEKARSKA "ZDROWIE" GONSIOR I PARTNERZY |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | STURLIS I PIASECKI - LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pilnik / 11-100 / Pilnik 14                      |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 897673484  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                                | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 504478341  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bartoszyce / 11-200 / ul. Kardynała Wyszyńskiego 11 |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 896752358   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostróda / 14-100 / Władysława Jagiełły 1            |                                | 5                                  |
| telefon/ telefony                                   | 895444545   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE          |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | VOXEL Spółka Akcyjna                                 |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| 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                           |  |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| 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  |                                |                                    |            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |            |
| 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                           |  |                                |                                    |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |            |
| 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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLSZTYNEK / 11-015 / AMERYKA 21  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 895194823  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Z RODZINĄ I DLA RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOROTA ŁOWIECKA-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  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Z RODZINĄ I DLA RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOROTA ŁOWIECKA-QAHERI |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pisz / 12-200 / Henryka Sienkiewicza 4   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 874235186  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |  |                                | 2021-01-04                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ- MIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LUBAWIE |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUBAWA / 14-260 / RZEPNIKOWSKIEGO 20                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 896453232   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Biszynek / 11-230 / ul. Tadeusza Kościuszki 5               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 666 454 141   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 383880694   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Biszynek / 11-230 / Tadeusza Kościuszki 5                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 577835281   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZANIEWSKI, BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY                 |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                   |                                |                                    |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                              |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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   |                                |                                    |
|   |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                              |   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                       |                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|--|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE POLMED            |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod<br>pocztowy/ ulica i nr domu | Olsztyn / 10-457 / Wyszyńskiego 5B |                         | 1                              |
| telefon/ telefony                                    | 887402763                          |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                               |                                    |                         | 2021-01-08                     |
| Data wykreślenia z wykazu                            |                                    |                         |                                |