

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>	<b>catalog realizowanych świadczeń</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:	55 230 42 58									
identyfikator REGON	281098840									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	

telefon/ telefony	55 230 42 58									
Data dodania do wykazu			2020-03-09	2020-04-14				2020-04-14	2020-04-29	2020-07-09
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							

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	EIŁŁĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENŐKIEGO 35									
telefon/ telefony	55 239 44 02									
Data dodania do wykazu								2020-05-07		2020-07-09

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1									
telefon/ telefony:	668 207 209									
identyfikator REGON	511398725									

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1									
telefon/ telefony	668 207 209									
Data dodania do wykazu			2020-03-09	2020-04-07			2020-04-07	2020-04-14	2020-06-17	2020-07-09
Data wykreślenia z wykazu				2020-06-30			2020-06-07			
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 Pediatricznego</b>			2020-05-31							
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	Oddział Chirurgii Ogólnej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1									
telefon/ telefony	668 207 209									



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>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e DZIECI</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE	NIE	TAK	TAK	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	
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	2020-07-09	
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne DLA DZIECI</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS</b>	

										OZ Prezesa NFZ
nazwa:	PORADNIA STOMATOLOGICZNA	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-651, UL. ŻOŁNIERSKA 18 A									
telefon/ telefony	89 539 32 08/89 539 32 09									
Data dodania do wykazu						2020-04-03				2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B 10-602 OLSZTYN									
telefon/ telefony:	89 512 15 56									
identyfikator REGON	511332933									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie</b>



							SARS-CoV-2			świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO	TAK 1 ZESPÓŁ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WINCENTEGO PSTROWSKIEGO 28B 10-602 OLSZTYN									
telefon/ telefony	89 512 15 56									
Data dodania do wykazu		2020-03-09								2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b>	
nazwa:	WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POLNA 15 10-059 OLSZTYN
telefon/ telefony:	89 512 15 56
identyfikator REGON	510510485

**katalog realizowanych świadczeń**

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI	TAK 1 ZESPÓŁ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POLNA 15 10-059 OLSZTYN									
telefon/ telefony	89 512 15 56									
Data dodania do wykazu		2020-03-09								2020-07-09
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								

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b>	<b>catalog realizowanych świadczeń</b>									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony:	89 512 15 56									
identyfikator REGON	280302741									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELMEDCAR" MARCIN MALUDZIŃSKI	TAK 1 ZESPÓŁ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO 35 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony	89 512 15 56									
Data dodania do wykazu		2020- 03-09								2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>
-------------------------------	--	--



Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH	TAK 1 ZESPÓŁ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWALSKA 3A 11-500 GIŻYCKO									
telefon/ telefony	89 512 15 56									
Data dodania do wykazu		2020-03-13								2020-07-09

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony:	89 512 15 56									
identyfikator REGON	170745930									

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU	TAK 1 ZESPÓŁ	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRÓLEWIECKA 146 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony	89 512 15 56									
Data dodania do wykazu		2020-03-09					2020-04-24	2020-04-14		2020-07-09
Data wykreślenia z wykazu		2020-05-31								
Data dodania do wykazu		2020-06-18								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O.									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻOŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN										
telefon/ telefony:	89 539 99 59										
identyfikator REGON	519480610										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STOMATOLOGICZNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z O.O.	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻOŁNIERSKA 18 10-561 OLSZTYN										
telefon/ telefony	89 539 99 59										
Data dodania do wykazu						2020-04-01				2020-07-09	

<b>Podmiot wykonujący</b>	<b>katalog realizowanych świadczeń</b>									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>działalność leczniczą 10</b>										
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - CENTRUM STOMATOLOGII RADOSŁAW NOWAK									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁKOWNIKA STANISŁAWA DĄBKA 94A 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony:	55 237 51 00									
identyfikator REGON	170062354									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - CENTRUM STOMATOLOGII RADOSŁAW NOWAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁKOWNIKA STANISŁAWA DĄBKA 94A 82-300 ELBLĄG									
telefon/ telefony	55 237 51 00									
Data dodania do wykazu						2020-04-01				2020-07-09



<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b>	<b>katalog realizowanych świadczeń</b>									
nazwa:	1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AL. RACŁAWICKIE 23 20-049 LUBLIN									
telefon/ telefony:	87 621 99 97									
identyfikator REGON	431022232									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	PORADNIA STOMATOLOGICZNA									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK									
telefon/ telefony	87 621 99 97									
Data dodania do wykazu						2020-04-01			2020-07-09	
	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W LUBLINIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TADEUSZA KOŚCIUSZKI 30 19-300 EŁK									
telefon/ telefony	87 621 99 14									
Data dodania do wykazu								2020-04-14		2020-07-09

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12	
nazwa:	KLINIKA STOMATOLOGICZNA EKODENT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL.KRYPSKA 30A 04-082 WARSZAWA
telefon/ telefony:	574 881 736

**katalog realizowanych świadczeń**





adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2										
telefon/ telefony:	87 425 45 00										
identyfikator REGON	790316961										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PISZ 12-200 SIENKIEWICZA 2	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	
telefon/ telefony	87 425 45 00										
Data dodania do wykazu			2020- 04-14	2020-04- 27				2020-04- 14	2020- 04-29	2020-07-09	
Data wykreślenia z wykazu			2020- 05-31	2020-05- 31							

<b>Podmiot wykonujący</b>	<b>katalog realizowanych świadczeń</b>
-------------------------------	--

<b>działalność leczniczą 15</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>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30									
telefon/ telefony	89 524 53 54									
Data dodania do wykazu							2020-04-14	2020-04-14	2020-04-28	2020-07-09

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BISKUPIEC, 11-300 UL.ARMII KRAJOWEJ 8									
telefon/ telefony:	89 715 62 07									
identyfikator REGON	511315745									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
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							2020-04-14	2020-04-14	2020-04-28	2020-07-09

Data wykreślenia z wykazu						2020-06-07			
---------------------------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--

<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 UL.MONIUSZKI 13									
telefon/ telefony:	55 620 84 70									
identyfikator REGON	280242068									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	



	ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W BRANIEWIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRANIEWO, 14-500 UL.MONIUSZKI 13									
telefon/ telefony	55 620 84 70									
Data dodania do wykazu								2020-04- 14	2020- 04-28	2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 18</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRE MIASTO, 11-040 UL.GRUNWALDZKA 10B									
telefon/ telefony:	89 616 82 28									
identyfikator REGON	510993868									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz.</b>

										104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBRYM MIEŚCIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK
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								2020-04- 14		2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 19</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</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:	23 697 22 11									
identyfikator REGON	000310172									

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIAŁDOWO, 13-200 UL.LEŚNA 1									
telefon/ telefony	23 697 22 11									
Data dodania do wykazu							2020-04-14	2020-04-28	2020-07-09	

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	"PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24									
telefon/ telefony:	87 620 95 71									

identyfikator REGON	510996861										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	"PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24										
telefon/ telefony	87 620 95 71										
Data dodania do wykazu											
							2020-04-14	2020-04-14	2020-04-28	2020-07-09	

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod	GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7									

pocztowy/ ulica i nr domu										
telefon/ telefony:	87 615 13 76									
identyfikator REGON	790243995									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK
telefon/ telefony	87 615 13 76									
Data dodania do wykazu								2020-04-14		2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b>		<b>katalog 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>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</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	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	
telefon/ telefony	89 644 96 00										
Data dodania do wykazu								2020-04- 14	2020- 04-28	2020-07-09	

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 23</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTRZYN, 11-400 UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2										
telefon/ telefony:	664358094										
identyfikator REGON	510929362										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTRZYN, 11-400 UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK	
telefon/ telefony	664358094										
Data dodania do wykazu								2020-04- 14	2020- 04-29	2020-07-09	
Data wykreślenia z wykazu									2020- 05-08		
<b>Podmiot wykonujący</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>									

<b>działalność leczniczą 24</b>										
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIDZBARKU WARMIŃSKIM									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100 UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37									
telefon/ telefony:	89 767 22 71									
identyfikator REGON	000308459									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIDZBARKU WARMIŃSKIM	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100 UL.KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO 37									
telefon/ telefony	89 767 22 71									
Data dodania do wykazu								2020-04-14	2020-04-28	2020-07-09



<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 UL.DĄBROWSKIEGO 16									
telefon/ telefony:	89 757 42 31									
identyfikator REGON	000306555									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	SZPITAL MIEJSKI W MORĄGU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MORĄG, 14-300 UL.DĄBROWSKIEGO 16									
telefon/ telefony	89 757 42 31									

Data dodania do wykazu								2020-04-14	2020-05-04	2020-07-09
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------	------------

<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									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MRĄGOWO, 11-700, UL.WOLNOŚCI 12									
telefon/ telefony	89 741 94 00									
Data dodania do wykazu								2020-04- 14		2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 27</b>		<b>catalog 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									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>

nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIDZICA, 13-100, UL.MICKIEWICZA 23	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	
telefon/ telefony	89 625 05 00										
Data dodania do wykazu								2020-04- 14	2020- 04-28	2020-07-09	

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 28</b>		<b>catalog 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>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz.</b>	

										104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK
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- 04-17	2020-04- 14		2020-07-09
Data wykreślenia z wykazu							2020- 06-07			

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 29</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

**catalog realizowanych świadczeń**

identyfikator REGON	519558690										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	"OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ"	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1										
telefon/ telefony	87 520 22 95										
Data dodania do wykazu											
								2020-04-14	2020-05-04	2020-07-09	

<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</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	NIE	TAK
telefon/ telefony	89 532 62 63									
Data dodania do wykazu							2020-04-17	2020-04-14		2020-07-09

<b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
---	--	-------------------------------	-----------------	--------------------	-------------------	--	---	--	---------------------	--





pocztowy/ ulica i nr domu									
telefon/ telefony	89 532 62 63								
Data dodania do wykazu			2020-05-08						

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE Pododdział chirurgii klatki piersiowej dla pacjentów podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44									
telefon/ telefony	89 532 62 63									
Data dodania do wykazu			2020-05-08							

<b>Podmiot wykonujący</b>	<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>działalność leczniczą 31</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 UL. WOJSKA POLSKIEGO 37									
telefon/ telefony:	89 539 80 00									
identyfikator REGON	510022366									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 37									
telefon/ telefony	89 539 80 00/89 539 85 55									
Data dodania do wykazu					2020-04- 24		2020- 06-08	2020-04- 14	2020- 04-28	2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 32</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-357 UL.JAGIELLOŃSKA 78									
telefon/ telefony:	89 532 29 01									
identyfikator REGON	000295739									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-357 UL.JAGIELLOŃSKA 78	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	
telefon/ telefony	89 532 29 01										
Data dodania do wykazu							2020-04-17	2020-04-14	2020-04-28	2020-07-09	

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b>		<b>catalog 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</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS</b>	

										OZ Prezesa NFZ
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18									
telefon/ telefony	89 538 63 56									
Data dodania do wykazu								2020-04-14		2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b>		<b>katalog 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	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	"SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W PASŁĘKU"	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PASŁĘK, 14-400, UL.KOPERNIKA 24A									
telefon/ telefony	55 249 15 90									
Data dodania do wykazu							2020-05-05	2020-04-14		2020-07-09
Data wykreślenia z wykazu							2020-06-07			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35	
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZYTNIE
adres: miejscowość/ kod	SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12

**katalog realizowanych świadczeń**

pocztowy/ ulica i nr domu										
telefon/ telefony:	89 623 21 00									
identyfikator REGON	519483005									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZYTNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZYTNO, 12-100, UL.SKŁODOWSKIEJ 12	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
telefon/ telefony	89 623 21 00									
Data dodania do wykazu								2020-04-14	2020-05-07	2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b>		<b>catalog realizowanych świadczeń</b>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nazwa:	MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘGORZEWO, 11-600, UL.3 MAJA 17										
telefon/ telefony:	87 427 32 52										
identyfikator REGON	519461110										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	MAZURSKIE CENTRUM ZDROWIA SZPITAL POWIATOWY W WĘGORZEWIE PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK	
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								2020-04- 14	2020- 04-29	2020-07-09	
Data wykreślenia z wykazu									2020- 05-07		



<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</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY DLA DZIECI W AMERYCE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AMERYKA, 11-015, AMERYKA 21									
telefon/ telefony	89 519 48 11									

Data dodania do wykazu							2020-04-14	2020-07-09
------------------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b>	<b>catalog 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</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK	
adres: miejscowość/ kod	GÓROWO IŁAWECKIE, 11-220 UL.ARMII KRAJOWEJ 24									

pocztowy/ ulica i nr domu										
telefon/ telefony	89 762 70 64									
Data dodania do wykazu								2020-04-14		2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b>	<b>katalog realizowanych świadczeń</b>									
nazwa:	WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 35									
telefon/ telefony:	89 678 53 53									
identyfikator REGON	000295484									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>	<b>transport sanitarny **</b>	<b>leczenie</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	TAK	

	PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 35									
telefon/ telefony	89 678 53 53									
Data dodania do wykazu								2020-04- 14		2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 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>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz.</b>





adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARTOSZYCE,11-200 ANDRZEJA WAJDY 10/37										
telefon/ telefony:	602595244										
identyfikator REGON	281471546										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	ALERGO-TERAPIA B. MORDASEWICZ-DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA SPÓŁKA JAWNA										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARTOSZYCE,11-200 ANDRZEJA WAJDY 10/37	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	
telefon/ telefony	602595244										
Data dodania do wykazu					2020-04- 21					2020-07-09	

<b>Podmiot wykonujący</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>
-------------------------------	--	--

<b>działalność lecniczą 43</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									
telefon/ telefony:	55 232 72 60									
identyfikator REGON	170970488									
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>	<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	NIEPUBLICZNY STOMATOLOGICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOCTRINA S.C. KAROLINA BURKHARDT- STANISŁAWSKA, MACIEJ STANISŁAWSKI									
adres: miejscowość/ kod	ELBLĄG/82-300/KSIĘDZA PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2C									
	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	



pocztowy/ ulica i nr domu									
telefon/ telefony	55 232 72 60								
Data dodania do wykazu					2020-04-22				2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>								
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNI									
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</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>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNI	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE GRODZICZNO/13- 324/NOWE GRODZICZNO 17 B								
telefon/ telefony	56 472 91 27								
Data dodania do wykazu					2020-04- 22				2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 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>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYBNIE										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYBNO/13-220/ZAJEZIORNA 58	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
telefon/ telefony	504166321/236966024 wew.36										
Data dodania do wykazu					2020-04- 24						2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 46</b>		<b>catalog 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>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>doraźne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz.</b>	

							SARS-CoV-2			104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	ONKOLOGICZNA PRACOWNIA MOLEKULARNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZTYN/10-357/ul. Jagiellońska 78D									
telefon/ telefony	505 233 526/605 492 111									
Data dodania do wykazu							2020- 04-28			2020-07-09

<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 47</b>	
nazwa:	PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŁAKOWO/14-310/MIKOŁAJA KOPERNIKA 17
telefon/ telefony:	731927542
identyfikator REGON	383880694

**katalog realizowanych świadczeń**

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ
nazwa:	PRZYCHODNIA MEDICUS ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŁAKOWO/14-310/MIKOŁAJA KOPERNIKA 17									
telefon/ telefony	731927542									
Data dodania do wykazu					2020-04-30					2020-07-09

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	LABORATORIUM BADAWCZE BIOLAB TOMASZ SZUBSTARSKI									
adres: miejscowość/ kod	OSTRÓDA/14-100/GRUNWALDZKA 62									



adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GIŻYCKO 11-500 ALEJA 1-GO MAJA 14										
telefon/ telefony:	695 227 970										
identyfikator REGON	385294919										
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>		<b>transpo rt sanitar ny **</b>	<b>leczeni e</b>	<b>izolatoriu m</b>	<b>telepora da</b>	<b>dorażne świadczenia stomatologicz ne</b>	<b>test na obecno ść wirusa SARS- CoV-2</b>	<b>wstępna kwalifikac ja typu pretriage</b>	<b>punkt pobra ń</b>	<b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń Zarz. 104/2020/DS OZ Prezesa NFZ</b>	
nazwa:	GIŻYCKA OCHRONA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GIŻYCKO 11-500 WARSZAWSKA 41	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	
telefon/ telefony	695 227 970										
Data dodania do wykazu								2020-07- 01	200- 07-01	2020-07-09	
<b>Podmiot wykonujący działalność lecniczą 50</b>		<b>katalog realizowanych świadczeń</b>									





telefon/ telefony	-									
Data dodania do wykazu										2020-07-09

\* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu miejsce stacjonowania Dentobusu

\*\* liczba zespołów w danym miejscu