

**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/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu   | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO 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> |  |
| nazwa:   | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU   |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ELBLĄG, 82-300, UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 22    |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                      | 55 230 42 58                                  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| Data dodania do wykazu                                 |   | 2020-03-09      | 2020-04-14         |                   |  |   | 2020-04-14                                 | 2020-04-29          |  |
| 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      |                    |                   |  |   |  |                     |
| <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> |
| nazwa:  | SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU   | NIE                           | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu  | EIBLĄG, 82-300, UL. JANA AMOSA KOMENSKIEGO 35 |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony   | 55 239 44 02                                  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|                        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  | 2020-05-07 |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>    |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA        |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100 UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                   | 668 207 209                               |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                  | 511398725                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <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> |
| nazwa:   | SZPITAL W OSTRÓDZIE SPÓŁKA AKCYJNA        | NIE                                    | TAK             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | TAK                 |
| adres: miejscowość/<br>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          |
| 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 Pediatrycznego</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> |
| nazwa:   | Oddział Chirurgii Ogólnej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 | NIE                           | TAK             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |

|  |  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu      | OSTRÓDA, 14-100<br>UL. WŁADYSŁAWA<br>JAGIEŁŁY 1  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony  | 668 207 209  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                                    |  |  | 2020-<br>06-01  |                    |                   |  |  |  |                         |
|  |  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 3 *</b>                  |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:   | Oddział Chirurgii Urazowo -<br>Ortopedycznej dla<br>pacjentów z podejrzeniem<br>zakażenia wirusem SARS-<br>CoV-2 | NIE                                    | TAK             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | NIE  | NIE                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu      | OSTRÓDA, 14-100<br>UL. WŁADYSŁAWA<br>JAGIEŁŁY 1  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony  | 668 207 209  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                                    |  |  | 2020-<br>06-01  |                    |                   |  |  |  |                         |
|  |  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 3</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI<br>SPECJALISTYCZNY SZPITAL<br>DZIECIĘCY IM. PROF. DR  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |

|   |   |                                       |                            |                    |                   |   |  |  |                         |
|---|---|---------------------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|---|--|--|-------------------------|
|   | STANISŁAWA<br>POPOWSKIEGO W<br>OLSZTYNIE  |                                       |                            |                    |                   |   |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-651, UL.<br>ŻOŁNIERSKA 18 A   |                                       |                            |                    |                   |   |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 89 539 34 21  |                                       |                            |                    |                   |   |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 000295580   |                                       |                            |                    |                   |   |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |   | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie<br/>DZIECI</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b>                | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI<br>SPECJALISTYCZNY SZPITAL<br>DZIECIĘCY IM. PROF. DR<br>STANISŁAWA<br>POPOWSKIEGO W<br>OLSZTYNIE | NIE                                   | TAK                        | TAK                | NIE               | NIE   | TAK  | TAK  | TAK                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-651, UL.<br>ŻOŁNIERSKA 18 A   |                                       |                            |                    |                   |   |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 89 539 34 21  |                                       |                            |                    |                   |   |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |   |                                       | 2020-<br>03-09             | 2020-07-01         |                   |   | 2020-04-<br>17   | 2020-04-14   | 2020-<br>04-28          |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 2*</b>              |   | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b>            | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne<br/>DLA DZIECI</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | PORADNIA<br>STOMATOLOGICZNA   | NIE                                   | NIE                        | NIE                | NIE               | TAK   | NIE  | NIE  | NIE                     |

|   |   |  |  |  |  |            |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|------------|--|--|--|
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-651, UL.<br>ŻOŁNIERSKA 18 A |  |  |  |  |            |  |  |  |
| telefon/ telefony                                       | 89 539 32 08/89 539 32 09               |  |  |  |  |            |  |  |  |
| Data dodania do<br>wykazu                               |   |  |  |  |  | 2020-04-03 |  |  |  |

|  |   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 4</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKA STACJA<br>POGOTOWIA<br>RATUNKOWEGO   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu      | WINCENEGO<br>PSTROWSKIEGO 28B<br>10-602 OLSZTYN |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:   | 89 512 15 56                                    |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON  | 511332933                                       |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>                  |   | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKA STACJA<br>POGOTOWIA<br>RATUNKOWEGO   | TAK<br>1 ZESPÓŁ                        | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | NIE  | NIE                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu      | WINCENEGO<br>PSTROWSKIEGO 28B<br>10-602 OLSZTYN |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |

|                        |              |            |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony      | 89 512 15 56 |            |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu |              | 2020-03-09 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b>    |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>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</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> |
| nazwa:   | WARMIŃSKO MAZURSKA STACJA TRANSPORTU MEDYCZNEGO LESZEK GOŁĘBIEWSKI | TAK<br>1 ZESPÓŁ                        | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15<br>10-059 OLSZTYN   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                    | 89 512 15 56   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |







|  |  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| Data dodania do wykazu                               |  | 2020-03-09                    |                 |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 | 2020-04-28          |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  | 2020-06-14                    |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <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> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK<br>1 ZESPÓŁ               | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>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                    |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

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

**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 |
|--|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU | TAK<br>1 ZESPÓŁ        | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | TAK                                | TAK                                 | NIE          |
| adres: miejscowość/<br>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             |          |             |            |                                     | 2020-04-24                         | 2020-04-14                          |              |
| 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/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | ŻOŁNIERSKA 18<br>10-561 OLSZTYN  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 89 539 99 59   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 519480610  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>WOJEWÓDZKA<br>STOMATOLOGICZNA<br>PRZYCHODNIA<br>SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z<br>O.O. | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | TAK  | NIE  | NIE  | NIE                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | ŻOŁNIERSKA 18<br>10-561 OLSZTYN  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 89 539 99 59   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |                                       |                 |                    |                   | 2020-04-01   |  |  |                         |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 10</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ - |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |
|---|---|
|   | CENTRUM STOMATOLOGII<br>RADOSŁAW NOWAK              |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | PUŁKOWNIKA STANISŁAWA<br>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</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> |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ -<br>CENTRUM STOMATOLOGII<br>RADOSŁAW NOWAK | NIE                           | NIE             | NIE                | NIE               | TAK  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | PUŁKOWNIKA STANISŁAWA<br>DĄBKA 94A<br>82-300 ELBLĄG                                  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 55 237 51 00   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                                  |  |                               |                 |                    |                   | 2020-04-01                                 |   |  |                     |

|  |   |
|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |   |
| nazwa:   | 1 WOJSKOWY SZPITAL<br>KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ<br>SPZOZ W LUBLINIE |

**katalog realizowanych świadczeń**



|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b>   |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | KLINIKA STOMATOLOGICZNA EKODENT               |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>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</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> |
| nazwa:   | DENTOBUS                                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100,<br>UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 1 | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | TAK  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |
| telefon/ telefony                                    | 574 881 736                                   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |   |  |                 |                    |                   | 2020-04-03                                 |   |  |                     |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500<br>WARSZAWSKA 41                                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                   | 87 429 66 66   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                  | 000308442  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <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> |
| nazwa:   | SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W UPADŁOŚCI | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500<br>WARSZAWSKA 41                                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                    | 87 429 66 66   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |  |  | 2020-04-14      |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 | 2020-04-28          |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |  | 2020-05-24      |                    |                   |  |   | 2020-06-30                                 | 2020-06-30          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b>   |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|   |   |
|---|---|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ SZPITAL<br>POWIATOWY W PISZU |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>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</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> |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ SZPITAL<br>POWIATOWY W PISZU | NIE                           | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | TAK                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>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          |
| Data wykreślenia z wykazu                               |   |                               | 2020-05-31      | 2020-05-31         |                   |  |   |  |                     |

|  |  |
|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |  |
|--|--|

**katalog realizowanych świadczeń**

|   |   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|---|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| nazwa:  | UNIWERSYTECKI SZPITAL<br>KLINICZNY<br>W OLSZTYNIE |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-082,<br>UL.WARSZAWSKA 30              |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 89 524 53 54                                      |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 280314632   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |   | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | UNIWERSYTECKI SZPITAL<br>KLINICZNY<br>W OLSZTYNIE |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-082,<br>UL.WARSZAWSKA 30              | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | TAK  | TAK  | TAK                     |
| telefon/ telefony                                       | 89 524 53 54                                      |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |   |                                       |                 |                    |                   |  | 2020-04-<br>14   | 2020-04-14   | 2020-<br>04-28          |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 16</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM.<br>JANA MIKULICZA W<br>BISKUPCU |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|---|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | BISKUPIEC, 11-300<br>UL.ARMII KRAJOWEJ 8              |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 89 715 62 07  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 511315745   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |   | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM.<br>JANA MIKULICZA W<br>BISKUPCU |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | BISKUPIEC, 11-300<br>UL.ARMII KRAJOWEJ 8              | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | TAK  | TAK                     |
| telefon/ telefony                                       | 89 715 62 07  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |   |                                       |                 |                    |                   |  | 2020-04-<br>14   | 2020-04-14   | 2020-<br>04-28          |
| Data wykreślenia z<br>wykazu                            |   |                                       |                 |                    |                   |  | 2020-06-<br>07   |  |                         |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 17</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM<br>MEDYCZNE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W<br>BRANIEWIE |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | BRANIEWO, 14-500<br>UL.MONIUSZKI 13  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 55 620 84 70   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 280242068  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM<br>MEDYCZNE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W<br>BRANIEWIE | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | TAK  | TAK                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | BRANIEWO, 14-500<br>UL.MONIUSZKI 13  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 55 620 84 70   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |                                       |                 |                    |                   |  |  | 2020-04-14   | 2020-<br>04-28          |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 18</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W DOBRYM<br>MIEŚCIE |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | DOBRE MIASTO, 11-040<br>UL.GRUNWALDZKA 10B               |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 89 616 82 28   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 510993868  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W DOBRYM<br>MIEŚCIE |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | DOBRE MIASTO, 11-040<br>UL.GRUNWALDZKA 10B               | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | TAK  | NIE                     |
| telefon/ telefony                                       | 89 616 82 28   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |                                       |                 |                    |                   |  |  | 2020-04-14   |                         |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 19</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W<br>DZIAŁDOWIE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu       | DZIAŁDOWO, 13-200<br>UL.LEŚNA 1                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| telefon/ telefony:                                   | 23 697 22 11  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                  | 000310172   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <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> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE | NIE                           | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | TAK                 |
| adres: miejscowość/<br>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          |

|  |   |
|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b>   |   |
| nazwa:   | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24                                  |
| telefon/ telefony:                                   | 87 620 95 71  |
| identyfikator REGON                                  | 510996861   |

**catalog 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 |
|--|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:   | "PRO-MEDICA" W EŁKU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE                    | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | TAK                                | TAK                                 | TAK          |
| adres: miejscowość/<br>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   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21          |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                         |                                     |              |
|--|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:   | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     |                         |                                     |              |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500, UL.SŁONECZNA 7                     |                                 |          |             |            |                                     |                         |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                   | 87 615 13 76                                       |                                 |          |             |            |                                     |                         |                                     |              |
| identyfikator REGON                                  | 790243995  |                                 |          |             |            |                                     |                         |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                     |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |



|  |  |     |     |     |     |     |            |            |     |
|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|------------|------------|-----|
|  |  |     |     |     |     |     | SARS-CoV-2 |            |     |
| nazwa:   | GOLDMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE        | TAK        | NIE |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500,<br>UL.SŁONECZNA 7                  |     |     |     |     |     |            |            |     |
| telefon/ telefony                                    | 87 615 13 76                                       |     |     |     |     |     |            |            |     |
| Data dodania do wykazu                               |  |     |     |     |     |     |            | 2020-04-14 |     |

|  |   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|--|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b>   |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W ŁAWIE |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAWA, 14-200<br>UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3                 |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                   | 89 644 96 00  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                  | 510879196   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>              |   | transport sanitarny **                 | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |











|                        |  |  |  |  |  |  |  |            |            |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------|------------|
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  |  |  |  | 2020-04-14 | 2020-04-28 |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------|------------|

| <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/<br>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</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> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>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 |  |
| 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/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400,<br>UL.GOŁDAPSKA 1                             |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                   | 87 520 22 95  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| 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> |
| nazwa:   | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400,<br>UL.GOŁDAPSKA 1                             | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | TAK                 |
| telefon/ telefony                                    | 87 520 22 95  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |   |  |                 |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 | 2020-05-04          |



| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b>   |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045,<br>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> |
| nazwa:   | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE    | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | TAK                                       | TAK  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045,<br>UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                    | 89 532 62 63                             |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |  |  |                 |                    |                   |  | 2020-04-17                                | 2020-04-14                                 |                     |
| <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</b>            | <b>wstępna kwalifikacja</b>                | <b>punkt pobrań</b> |

|  |   |     |            |     |     |     | SARS-CoV-2 | typu pretriage |     |
|--|---|-----|------------|-----|-----|-----|------------|----------------|-----|
| nazwa:   | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE<br>Pododdział położniczy dla pacjentek rodzących między 33 a 37 tyg. ciąży podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2 | NIE | TAK        | NIE | NIE | NIE | NIE        | NIE            | NIE |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045,<br>UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44  |     |            |     |     |     |            |                |     |
| telefon/ telefony                                    | 89 532 62 63  |     |            |     |     |     |            |                |     |
| Data dodania do wykazu                               |   |     | 2020-05-08 |     |     |     |            |                |     |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|----------------------------------|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                           | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE<br>Pododdział patologii noworodków dla wcześniaków urodzonych między 33 a 37 tyg. ciąży pacjentek podejrzanych lub zakażonych SARS-CoV-2 | NIE                    | TAK      | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | NIE                                 | NIE          |

|   |  |  |                |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-045,<br>UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |  |                |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                       | 89 532 62 63                             |  |                |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |  | 2020-<br>05-08 |  |  |  |  |  |  |

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

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 31</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ<br>MINISTERSTWA SPRAW<br>WEWNĘTRZNYCH I<br>ADMINISTRACJI Z<br>WARMIŃSKO-MAZURSKIM<br>CENTRUM ONKOLOGII W<br>OLSZTYNIE |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-228<br>UL.WOJSKA POLSKIEGO 37  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 89 539 80 00   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 510022366  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ<br>MINISTERSTWA SPRAW<br>WEWNĘTRZNYCH I<br>ADMINISTRACJI Z<br>WARMIŃSKO-MAZURSKIM<br>CENTRUM ONKOLOGII W<br>OLSZTYNIE | NIE                                   | NIE             | NIE                | TAK               | NIE  | TAK  | TAK  | TAK                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-228<br>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 |
|------------------------|--|--|--|--|------------|--|------------|------------|------------|

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b>   |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357<br>UL.JAGIELLOŃSKA 78                |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                   | 89 532 29 01   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                  | 000295739  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <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> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357<br>UL.JAGIELLOŃSKA 78                | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | TAK                                       | TAK  | TAK                 |
| telefon/ telefony                                    | 89 532 29 01   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |  |  |                 |                    |                   |  | 2020-04-17                                | 2020-04-14                                 | 2020-04-28          |

|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b>   |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561,<br>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 pobrań</b> |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561,<br>UL.ŻOŁNIERSKA 18           |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                    | 89 538 63 56                                   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |  |  |                 |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 |                     |
| <b>Podmiot wykonujący</b>                            |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|  |   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>działalność leczniczą 34</b>                      |   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W PASŁĘKU" |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400,<br>UL.KOPERNIKA 24A                                   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                   | 55 249 15 90  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                  | 280450772   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <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> |
| nazwa:   | "SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W PASŁĘKU" | NIE                           | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | PASŁĘK, 14-400,<br>UL.KOPERNIKA 24A                                   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                    | 55 249 15 90  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |   |                               |                 |                    |                   |  | 2020-05-05                                | 2020-04-14                                 |                     |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |                               |                 |                    |                   |  | 2020-06-07                                |  |                     |

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

|   |   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|---|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| <b>działalność<br/>lecniczą 35</b>                      |   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ<br>W SZCZYTNE |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | SZCZYTNO, 12-100,<br>UL.SKŁODOWSKIEJ 12   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 89 623 21 00                              |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 519483005                                 |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |   | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ<br>W SZCZYTNE | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | TAK  | TAK                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | SZCZYTNO, 12-100,<br>UL.SKŁODOWSKIEJ 12   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 89 623 21 00                              |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |   |                                       |                 |                    |                   |  |  | 2020-04-14   | 2020-<br>05-07          |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 36</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



|   |  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| nazwa:  | MAZURSKIE CENTRUM<br>ZDROWIA SZPITAL<br>POWIATOWY W<br>WĘGORZEWIE PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | WĘGORZEWO, 11-600, UL.3<br>MAJA 17   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 87 427 32 52   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 519461110  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | MAZURSKIE CENTRUM<br>ZDROWIA SZPITAL<br>POWIATOWY W<br>WĘGORZEWIE PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | TAK  | NIE                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | WĘGORZEWO, 11-600, UL.3<br>MAJA 17   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 87 427 32 52   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |  |                 |                    |                   |  |  | 2020-04-14   | 2020-<br>04-29          |
| Data wykreślenia z<br>wykazu                            |  |  |                 |                    |                   |  |  |  | 2020-<br>05-07          |
| <b>Podmiot<br/>wykonujący</b>                           |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |  |  |                         |

|  |   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| <b>działalność<br/>leczniczą 37</b>                            |   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL<br>REHABILITACYJNY DLA<br>DZIECI W AMERYCE |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu        | AMERYKA, 11-015,<br>AMERYKA 21                                |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:   | 89 519 48 11  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON  | 000296236   |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>                    |   | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL<br>REHABILITACYJNY DLA<br>DZIECI W AMERYCE | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | TAK  | NIE                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu        | AMERYKA, 11-015,<br>AMERYKA 21                                |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony  | 89 519 48 11  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                                      |   |  |                 |                    |                   |  |  | 2020-04-14   |                         |
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>leczniczą 38</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |  |  |                         |

|   |   |
|---|---|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL<br>REHABILITACYJNY W<br>GÓROWIE ŁAWECKIM |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | GÓROWO ŁAWECKIE, 11-<br>220<br>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> |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL<br>REHABILITACYJNY W<br>GÓROWIE ŁAWECKIM | NIE                           | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | GÓROWO ŁAWECKIE, 11-<br>220<br>UL.ARMII KRAJOWEJ 24         |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 89 762 70 64  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                                  |   |                               |                 |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 |                     |

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |                                 |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ<br>LECZNICTWA |

**katalog realizowanych świadczeń**

|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
|   | PSYCHIATRYCZNEGO W<br>OLSZTYNIE                                    |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-228<br>UL.WOJSKA POLSKIEGO 35                          |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 89 678 53 53   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 000295484  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ<br>LECZNICTWA<br>PSYCHIATRYCZNEGO W<br>OLSZTYNIE | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | TAK  | NIE                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN, 10-228<br>UL.WOJSKA POLSKIEGO 35                          |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 89 678 53 53   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |                                       |                 |                    |                   |  |  | 2020-04-14   |                         |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 40</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>SPECJALISTYCZNY<br>PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
|  | OPIEKI ZDROWOTNEJ WE FROMBORKU   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530,<br>UL.SANATORYJNA 1  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                   | 55 621 63 02   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                  | 170399007  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <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> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE FROMBORKU | NIE                           | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | FROMBORK, 14-530,<br>UL.SANATORYJNA 1  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                    | 55 621 63 02   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |  |                               |                 |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 |                     |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |
|---|--|
| nazwa:  | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY<br>SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | WĘGORZEWO, 11-600<br>UL.GEN. J. BEMA 24  |
| telefon/ telefony:                                      | 87 427 27 66   |
| identyfikator REGON                                     | 790240956  |

| <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> |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY<br>SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ | NIE                           | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE                                       | TAK  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | WĘGORZEWO, 11-600<br>UL.GEN. J. BEMA 24  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 87 427 27 66   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                                  |  |                               |                 |                    |                   |  |   | 2020-04-14                                 |                     |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |   |
|---|---|
| nazwa:  | ALERGO-TERAPIA<br>B. MORDASEWICZ-<br>DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA<br>SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>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</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> |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | ALERGO-TERAPIA<br>B. MORDASEWICZ-<br>DOPIERAŁA I D. DOPIERAŁA<br>SPÓŁKA JAWNA | NIE                           | NIE             | NIE                | TAK               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | BARTOSZYCE,11-200<br>ANDRZEJA WAJDY 10/37                                     |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 602595244   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                                  |   |                               |                 |                    | 2020-04-21        |  |   |  |                     |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący</b> |  |
|---------------------------|--|

**katalog realizowanych świadczeń**

|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| <b>działalność<br/>lecniczą 43</b>                      |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY<br>STOMATOLOGICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ DOCTRINA<br>S.C. KAROLINA<br>BURKHARDT-<br>STANISŁAWSKA, MACIEJ<br>STANISŁAWSKI |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | ELBLĄG/82-300/KSIĘDZA<br>PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2C  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 55 232 72 60   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 170970488  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY<br>STOMATOLOGICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ DOCTRINA<br>S.C. KAROLINA<br>BURKHARDT-<br>STANISŁAWSKA, MACIEJ<br>STANISŁAWSKI | NIE                                   | NIE             | NIE                | TAK               | NIE  | NIE  | NIE  | NIE                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | ELBLĄG/82-300/KSIĘDZA<br>PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2C  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 55 232 72 60   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |



|                        |  |  |  |  |            |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|------------|--|--|--|
| Data dodania do wykazu |  |  |  |  | 2020-04-22 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|------------|--|--|--|

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b>   |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>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 pobrań</b> |
| nazwa:   | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZICZNIE |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE GRODZICZNO/13-324/NOWE GRODZICZNO 17 B      | NIE                                    | NIE             | NIE                | TAK               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |
| telefon/ telefony                                    | 56 472 91 27                                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |  |  |                 |                    | 2020-04-22        |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b>   |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYBNIE |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>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</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> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYBNIE | NIE                                    | NIE             | NIE                | TAK               | NIE  | NIE                                       | NIE  | NIE                 |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNO/13-220/ZAJEZIORNA 58                                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                    | 504166321/236966024 wew.36                                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| Data dodania do wykazu                               |  |  |                 |                    | 2020-04-24        |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący</b>                            |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| <b>działalność<br/>lecniczą 46</b>                      |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| nazwa:  | ONKOLOGICZNA<br>PRACOWNIA<br>MOLEKULARNA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN/10-357/ul.<br>Jagiellońska 78D   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 505 233 526/605 492 111  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 280312662  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | ONKOLOGICZNA<br>PRACOWNIA<br>MOLEKULARNA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | TAK  | NIE  | NIE                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | OLSZTYN/10-357/ul.<br>Jagiellońska 78D   |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 505 233 526/605 492 111  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |                                       |                 |                    |                   |  | 2020-04-<br>28   |  |                         |

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

|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| <b>działalność<br/>lecniczą 47</b>                      |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA MEDICUS<br>ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | MIŁAKOWO/14-<br>310/MIKOŁAJA KOPERNIKA<br>17                         |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 731927542  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 383880694  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA MEDICUS<br>ZANIEWSKI BILSKI SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | MIŁAKOWO/14-<br>310/MIKOŁAJA KOPERNIKA<br>17                         | NIE                                   | NIE             | NIE                | TAK               | NIE  | NIE  | NIE  | NIE                     |
| telefon/ telefony                                       | 731927542  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |                                       |                 |                    | 2020-04-<br>30    |  |  |  |                         |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 48</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| nazwa:  | LABORATORIUM<br>BADAWCZE BIOLAB<br>TOMASZ SZUBSTARSKI                    |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu       | OSTRÓDA/14-<br>100/GRUNWALDZKA 62  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:  | 500 666 190  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON   | 510597581  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>                   |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b>  | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | Laboratorium Medyczne<br>BIOLAB  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu       | OSTRÓDA/14-<br>100/GRUNWALDZKA 62  | NIE                                    | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | TAK  | NIE  | NIE                     |
| telefon/ telefony   | 500 666 190  |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                                     |  |  |                 |                    |                   |  | 2020-06-<br>16   |  |                         |
| <b>Podmiot<br/>wykonujący<br/>działalność<br/>lecniczą 49</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| nazwa:  | GIŻYCKA OCHRONA<br>ZDROWIA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |                 |                    |                   |  |  |  |                         |

|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|--|--|-------------------------|
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | GIŻYCKO 11-500<br>ALEJA 1-GO MAJA 14                                     |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony:                                      | 695 227 970  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| identyfikator REGON                                     | 385294919  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| <b>Miejsce udzielania<br/>świadczeń 1 *</b>             |  | <b>transport<br/>sanitarny<br/>**</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt<br/>pobrań</b> |
| nazwa:  | GIŻYCKA OCHRONA<br>ZDROWIA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE                                   | NIE             | NIE                | NIE               | NIE  | NIE  | TAK  | TAK                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica i nr<br>domu | GIŻYCKO 11-500<br>WARSZAWSKA 41  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| telefon/ telefony                                       | 695 227 970  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |
| Data dodania do<br>wykazu                               |  |                                       |                 |                    |                   |  |  | 2020-07-01   | 200-<br>07-01           |
|   |  |                                       |                 |                    |                   |  |  |  |                         |

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

\*\* liczba zespołów w danym miejscu