

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|----------------------------------|
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 272 32 71 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450666822 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 272 32 71 wew. 289 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691 473 228 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | | | | | | M - 1 zespół | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691 473 228 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 272 32 71 wew. 289 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 644 42 84 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790317038 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 833 27 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | HOTEL CZTERY PORY ROKU | | | X II typ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILIKI 133, 17-100 BIELSK PODLASKI | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 655 05 54 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 562 94 21 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790319362 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|------------|
| telefon/ telefony | 578 223 304 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | KLINIKA NEUROCHIRURGII | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 861 8221 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | KLINIKA CHIRURGII NACZYŃ I TRANSPLANTACJI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 8277 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | KLINIKA KARDIOCHIRURGII Z BLOKIEM OPERACYJNYM | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 8464 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | KLINIKA NEUROLOGII | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 8326 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | KLINIKA HEMATOLOGII Z PODODDZIAŁEM CHORÓB NACZYŃ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 8230 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY NR 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14 | | X | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| telefon/ telefony | 85 740 95 73 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 740 95 73 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 740 95 73 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 85 84 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SEKCJA TRANSPORTU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A | 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 831 80 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 14 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | KOMPLEKS HOTELOWY "NAD ZALEWEM" | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|----|
| nazwa: | UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 745 05 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001406394 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 745 06 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, UL. WASZYNGTONA 17 | 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 85 745 07 47; 85 745 05 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SP ZOZ W SUWAŁKACH | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 566 22 68 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 791001627 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH - ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH | | | | | | | M- 1 zespół | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOMŻY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 216 62 15 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450192689 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY | | | | | | | M- 3 zespoły | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|----|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 663 73 01 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50622576 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK | | | | | | | M- 5 zespołów | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA KOŚCIAŁKOWSKIEGO | | | | | | | | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 47 710 41 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 050637922 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I GASTROENTEROLOGII | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | x | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 21 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ KARDIOLOGII | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | x | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 10 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|--|
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 53 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ Z LECZENIEM COVID-19 | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 36 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I CHIRURGII OGÓLNEJ | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 36 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 37 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ UROLOGII | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 710 42 30 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 47 710 40 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, UL. PRZYKOSZAROWA 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 600 100 406 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451201479 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, UL. PRZYKOSZAROWA 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA" | | | | | | | M- 2 zespół | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-403, UL. PRZYKOSZAROWA 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|--|----|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 517 23 14 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790317340 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH | | X | | | | | S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 516 21 38 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 516 21 38 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | POGOTOWIE RAUNKOWE W SEJNACH | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 1 | 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 477 55 01 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450666236 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508 188 828 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 86 477 55 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----|
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 86 278 23 50 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 450667610 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | | X | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 607 690 219 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

nazwa: SZPITALNA IZBA PRZYJĘĆ

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 86 278 24 24 w. 321, 301 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O. | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69 | 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 655 28 25 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50653482 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8 | | X | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 85 655 28 25 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
|--|---|---------------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----|--|
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNI | | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 716 70 26 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451097214 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNI | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 716 70 26 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 451097214 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 727 91 70 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU | | | | | | | | II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 748 85 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50657729 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------|--|--|--|--|--|--|
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 664 67 10 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O. | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 09.03.2021 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---------------------------------------|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY | | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 85 719 10 91 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 50580458 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---------------------------------------|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | LECZENIE PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 71 91 091 w. 220 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|--|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY Z PRACOWNIĄ ELEKTROENCEFALOGRAFICZNĄ | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 71 91 091 w. 220 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---------------------------------------|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 71 91 091 w. 220 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|--|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNOMOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIALYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 85 748 59 93 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------|--|
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-400 , ul. Tadeusza Kościuszki 71 | | | | | | | M - 4 zespoły | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-740 , ul. Antoniukowska 25 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 506010338 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ASP-HALT SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-703 , ul. Jana Pawła II 47 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 512119380 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-513, UL. OLSZAŃSKA 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 122950151 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-864 , UL. ŻEROMSKIEGO 1B LOK. 12A | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 663 687 583 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-245 , UL. Słoneczna 1 | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 663 687 583, 663 681 339 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | M-MEDICA M. Brzeski, K. Ostrowski S. C. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-349 , UL. ŚW. JERZEGO 43/20 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|------------|
| telefon/ telefony: | 606979103 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366814377 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | M-MEDICA M. Brzeski, K. Ostrowski S. C. | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-349 , UL.SŁAWIŃSKIEGO 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUWAŁKACH | | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZPITALNA 62, 16-400 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 87 562 64 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 790244055 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | LECZENIE PSYCHIATRYCZNE STACJONARNE | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZPITALNA 62, 16-400 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 87 562 64 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | LUXURY MEDICAL CARE SP. Z O.O. S.K. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SŁOMIŃSKIEGO 17/47, 00-195 WARSZAWA | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 665 25 25 25 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 142168420 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | 3 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. KORCZAKA 10, 15-196 BIAŁYSTOK | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 665 25 25 25 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | MS-MEDICA MAGDALENA STRZAŁKOWSKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-349, UL. ŚWIĘTEGO JERZEGO 43/20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 500-560-748 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 387162642 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | MS-MEDICA MAGDALENA STRZAŁKOWSKA | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Malmeda 3, Białystok | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------------|--|---|--|---------------------|--------------|
| telefon/ telefony | 608-775-796 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-349, UL. ŚWIĘTEGO JERZEGO 43/20 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500-560-748 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | FALCK MEDYCYNĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. JANA OLBRACHTA 94, 01-102 WARSZAWA | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 225359101 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015755741 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-016 BIĄŁYSTOK, UL. ŻŁOTA 5 | | | | | | | | M- 2 zespoły |
| telefon/ telefony | 511 091 631 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-017, UL. ŁĄKOWA 9 LOK. 02 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 857324151 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 365285623 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-017, UL. ŁĄKOWA 9 LOK. 1B | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 880521948 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | HOLMED UZDROWISKO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl, 16-030, ul. Uroczysko Pustelnia 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 857222122 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 364736615 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | SZPITAL | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl, 16-030, ul. Uroczysko Pustelnia 1 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 857222122 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 09.03.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu / w odniesieniu do dentobusu rozumiane jako miejsce stacjonowania dentobusu

** liczba zespołów w danym miejscu

M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)

